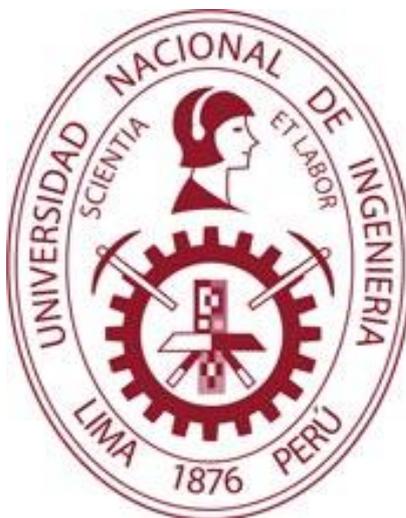


UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA

FACULTAD DE INGENIERÍA AMBIENTAL



TESIS

“EVALUACIÓN DEL RIESGO ERGONÓMICO DE POSTURAS FORZADAS Y SU RELACIÓN CON LOS SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO EN LOS TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE UNA EMPRESA METALMECÁNICA.”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

INGENIERO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

PRESENTADO POR:

AGUADO BERRIO JAVIER ANTONIO

ASESORA:

MSc. CAROLINA ULLILEN MARCILLA

LIMA – PERU

2022

DEDICATORIA

A Dios por permitirme tener vida, salud y poder realizar este estudio de investigación.

A mis padres Adelaida y Javier, por brindarme siempre su apoyo incondicional en mi vida y ser un ejemplo de perseverancia, dedicación durante esta larga y hermosa carrera. Ingeniería de Higiene y Seguridad Industrial.

A mis hermanos y hermanas porque me ayudaron a ser una mejor persona.

A mi madrina Gladis y mi padrino Narciso por siempre tratarme como si fuera un hijo para ellos.

A todos aquellos familiares, amigos y colegas que a pesar del tiempo y distancia están presentes en los buenos y malos momentos de la vida.

AGRADECIMIENTOS

Mi asesora MSc. Carolina Ullilen Marcilla, por su disponibilidad y el gran apoyo brindado para la realización de la tesis.

A mis profesores de la universidad quienes me guiaron con los conocimientos necesarios en la profesión de Higiene y Seguridad Industrial.

La Empresa y al personal administrativo por su disponibilidad y comprensión.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación esta dedicado a demostrar la existencia de una correlación entre la postura forzada que adopta el personal administrativo y la manifestación de síntomas músculo esqueléticos.

El análisis se efectúa en base a las condiciones laborales de una empresa metalmeccánica en el personal administrativo, quienes están expuestos en una mayor medida a posturas forzadas a lo largo de su horario de trabajo, para el estudio se tomó en consideración también las posturas que adoptaron mientras realizaban trabajo remoto a causa de la pandemia por el virus sars covid-19.

Materiales y Métodos: En la investigación se evalúan a 25 puesto de trabajo del área administrativa con la metodología RULA Office y utilizando como soporte informatorio al cuestionario nórdico respecto a los síntomas de dolor músculo esquelético, estos resultados fueron organizados en una base de datos para posteriormente determinar la existencia de una correlación mediante el uso de tablas de contingencia de Chi cuadrado con una confiabilidad del 95%.

Resultados: En los 25 puestos estudiados mediante el cuestionario nórdico, 19 personas manifestaron sentir dolor músculo esquelético y 6 manifestaron no sentir dolor, de los cuales clasificándolos según su nivel de riesgo RULA Office por postura forzada se obtuvo para el personal que manifiesta dolor en el nivel 3 a 4 representa el 0%, para nivel 5 a 6 representa 82% y para el nivel 7 representa 100%. En relación con la cantidad de personas administrativas que manifiestan sentir dolor músculo esquelético según la zona de cuerpo son: 52% cuello, 52% zona lumbar, 32% mano/muñeca, 28% codo/antebrazo y 20% en los hombros. Luego de compilar la información para aplicar la metodología Chi cuadrado (X^2) con 95% de confiabilidad, se obtuvo el valor X^2 experimental (16.02) siendo este mayor que el X^2 critico (5.66) demostrando una asociación entre ambas variables evaluadas.

Conclusiones: Se concluye la existencia de una correlación en los trabajos administrativos con riesgo por postura forzada y la sensación de dolor músculo esquelético principalmente en la zona del cuello y la zona lumbar, asimismo en base a la evaluación realizada de cómo realizan sus actividades y el mobiliario utilizado por el personal administrativo se realizó recomendaciones para disminuir los niveles de riesgo y prevenir lesiones músculo esquelético.

ABSTRACT

This research work is dedicated to demonstrating the existence of a correlation between the forced posture adopted by administrative staff and the manifestation of musculoskeletal symptoms.

The analysis is carried out based on the working conditions of a metalworking company in the administrative staff, who are exposed to a greater extent to forced postures throughout their working hours, for the study the positions they adopted while performing remote work due to the pandemic by the sars covid-19 virus were also taken into consideration.

Materials and Methods: In the research, 25 jobs in the administrative area are evaluated with the RULA methodology and using as a informatory support the Nordic questionnaire regarding the symptoms of musculoskeletal pain, these results were organized in a database to later determine the existence of a correlation through the use of Chi square contingency tables with a reliability of 95%.

Results: In the 25 positions studied using the Nordic questionnaire, 19 people reported feeling musculoskeletal pain and 6 reported not feeling pain, of which, classifying them according to their risk level RULA Office due to forced posture was obtained for the staff who reported pain in the level 3 to 4 represents 0%, for level 5 to 6 it represents 82% and for level 7 it represents 100%. In relation to the number of administrative people who report feeling musculoskeletal pain according to body area, they are: 52% neck, 52% lower back, 32% hand/wrist, 28% elbow/forearm and 20% in the shoulders. After compiling the information to apply the Chi square (X^2) methodology with 95% reliability, the experimental X^2 value (16.02) was obtained, this being greater than the critical X^2 (5.66), demonstrating an association between both variables evaluated.

Conclusions: The existence of a correlation in the administrative works with risk due to forced posture and the sensation of musculoskeletal pain is concluded, mainly in the neck area and the lumbar area, also based on the evaluation carried out, observation of how they perform their activities and the furniture used by the administrative staff, recommendations were made to reduce risk levels and prevent musculoskeletal injuries.

PRÓLOGO

En el presente trabajo de investigación, tesis titulada “Evaluación del riesgo ergonómico de posturas forzadas y su relación con los síntomas músculo esquelético en los trabajadores administrativo de una empresa metalmecánica”, se realizó el estudio evaluando el riesgo por postura forzada y los síntomas músculo esquelético manifestado por el personal administrativo en el cuestionario nórdico, el estudio fue realizado en una empresa metalmecánica con una muestra de 25 puestos de trabajo, en relación a los años 2020 y 2021.

La tesis está dividida en 12 capítulos, en los 6 primeros capítulos aborda temas generales de introducción a la investigación realizada como: referencias utilizadas en otras investigaciones, la problemática relacionada a los síntomas músculo esquelético a nivel internacional, nacional y en la empresa de estudio. Asimismo, se definen los objetivos y el planteamiento de hipótesis.

En el séptimo capítulo: Marco teórico utilizado para el proyecto de investigación y el Marco legal relacionado a los temas ergonómicos establecidos a nivel nacional.

En el octavo capítulo: Metodología de Investigación utilizado que parte de recolección de información, inspecciones/entrevistas, aplicación de RULA Office para determinar nivel de riesgo con soporte de ISO TR12295 e ISO 11226, para luego realizar el análisis de información y determinar las recomendaciones.

En el noveno capítulo: Desarrollo de la investigación, se menciona las principales tareas/actividades del personal administrativo, los controles existentes, se menciona los resultados pertinentes para el estudio del cuestionario nórdico, se detalla la evaluación RULA Office realizada a cada personal administrativo.

En el décimo capítulo: Resultados obtenidos, se muestra los resultados de la aplicación del cuestionario nórdico, el resultado de la inspección, el mobiliario utilizado, el nivel de riesgo RULA Office en relación con los síntomas de dolor músculo esquelético y la evaluación con tabla de contingencia Chi cuadrado X^2 para determinar la correlación entre ambas variables estudiadas.

En el onceavo capítulo: Conclusiones, se mencionan las conclusiones obtenidas en el estudio de investigación realizado.

En el último capítulo: Recomendaciones, se realiza las recomendaciones considerando todas resultados obtenido para disminuir el riesgo por postura forzadas y prevenir o disminuir la presencia de dolor músculo esquelético.

En la última sección se menciona la bibliografía y anexos del presente estudio de tesis titulado: "Evaluación del riesgo ergonómico de posturas forzadas y su relación con los síntomas músculo esquelético en los trabajadores administrativo de una empresa metalmecánica".

ÍNDICE

| | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | CAPÍTULO I: TÍTULO | 1 |
| 2 | CAPÍTULO II: ANTECEDENTES REFERENCIALES..... | 1 |
| 3 | CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA | 3 |
| | 3.1 Problema general: | 4 |
| | 3.2 Problemas específicos: | 4 |
| 4 | CAPÍTULO IV: JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA..... | 5 |
| 5 | CAPÍTULO V: OBJETIVOS | 6 |
| | 5.1 Objetivo general | 6 |
| | 5.2 Objetivo secundario | 6 |
| 6 | CAPÍTULO VI: HIPÓTESIS | 7 |
| | 6.1 Hipótesis general: | 7 |
| | 6.2 Hipótesis específicas: | 7 |
| 7 | CAPÍTULO VII: MARCO TEÓRICO Y LEGAL | 8 |
| | 7.1 MARCO TEÓRICO | 8 |
| | 7.1.1 ERGONOMÍA..... | 8 |
| | 7.1.2 TRASTORNOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS..... | 9 |
| | 7.1.3 MÉTODO RULA | 18 |
| | 7.1.4 RULA OFFICE (PVD) | 32 |
| | 7.1.5 ISO 12226 Evaluación de posturas de trabajo estáticas..... | 40 |
| | 7.2 MARCO LEGAL | 45 |
| 8 | CAPÍTULO VIII: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN..... | 46 |
| | 8.1 Recolección de Información. | 46 |
| | 8.2 Inspección In Situ y Entrevistas: | 46 |
| | 8.3 Aplicación de la Metodologías para evaluar el riesgo por posturas forzadas. | 47 |
| | 8.4 Análisis de la información obtenida. | 47 |
| | 8.5 Recomendaciones. | 48 |
| 9 | CAPÍTULO IX: CÁLCULOS, APLICACIÓN Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS | 48 |
| | 9.1 Situación Ergonómica de la Empresa Metalmecánica. | 48 |
| | 9.2 Descripción de los procesos Administrativo. | 49 |
| | 9.2.1 Principales funciones de las áreas administrativas evaluadas. | 49 |
| | 9.2.2 Descripción general del personal administrativos..... | 50 |
| | 9.2.3 Controles de Seguridad Existente en Area Administrativa..... | 53 |
| | 9.2.4 Identificación si existe el peligro por posturas forzadas en base ISO TR 12295..... | 53 |
| | 9.2.5 Resultados Generales de la evaluación Nórdico – Oficinas Administrativas en la empresa..... | 55 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 9.2.6 Resultados Generales de la evaluación Nórdico – Trabajo Remoto..... | 56 |
| 9.3 Resultados de la evaluación sobre nivel de riesgo bajo RULA PVD. | 57 |
| 10 CAPÍTULO X: ANALISIS DE RESULTADOS Y CONTRASTACIÓN DE | |
| HIPÓTESIS | 82 |
| 10.1 Resultados de la evaluación de riesgos por postura forzadas utilizando la | |
| metodología RULA Office en oficinas..... | 82 |
| 10.2 Resultado de la evaluación de riesgos por postura forzadas bajo la metodología | |
| RULA Office por área. | 83 |
| 10.2.1 Área de Contabilidad | 83 |
| 10.2.2 Área de Tecnología de información..... | 84 |
| 10.2.3 Área de Tesorería | 84 |
| 10.2.4 Área de Ventas | 85 |
| 10.3 Resultado de la evaluación según Nivel de Acción..... | 86 |
| 10.4 Resultados de la evaluación de riesgos por postura forzadas relación con la | |
| presencia de dolor músculo esquelético..... | 87 |
| 10.5 Resultado del nivel de riesgo Rula Office por zona de cuerpo en todos los | |
| puestos de trabajos administrativo. | 89 |
| 10.5.1 Zona de Cuello:..... | 89 |
| 10.5.2 Zona de Hombro:..... | 89 |
| 10.5.3 Zona de Dorsal:..... | 90 |
| 10.5.4 Zona de Codo - Antebrazo:..... | 90 |
| 10.5.5 Zona de Muñeca y Mano:..... | 90 |
| 10.6 Resultados de la asociación entre el nivel de riesgo RULA Office y el dolor. | 91 |
| 10.6.1 Prueba de Chi – Cuadrado | 91 |
| 10.7 Resultados del cuestionario Nórdico..... | 93 |
| 10.7.1 Trabajo en oficinas administrativas..... | 93 |
| 10.7.2 Resultado en los trabajos remoto | 97 |
| 11. CAPÍTULO XI: CONCLUSIONES | 99 |
| 11.1 Resultado del nivel de riesgo ergonómico. | 99 |
| 11.2 Asociación entre nivel de riesgo RULA Office por postura forzada y los síntomas | |
| de dolor. | 99 |
| 11.3 Correlación de Chi Cuadrado con 95% de significancia..... | 100 |
| 11.4 Percepción de dolor y resultados del cuestionario nórdico. | 100 |
| 11.5 Revisiones in situ en las oficinas administrativas..... | 101 |
| 12. CAPITULO XII: RECOMENDACIONES | 102 |
| 12.1 Recomendaciones Generales | 102 |
| 12.2 Recomendaciones Específica | 103 |
| 13 CAPÍTULO XVIII: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA..... | 104 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1: Medición de Angulo. | 19 |
| Figura 2: Grupo Rula | 19 |
| Figura 3. Medición del ángulo del brazo. | 21 |
| Figura 4. Modificación de la puntuación del brazo. | 22 |
| Figura 5. Medición del ángulo del antebrazo..... | 23 |
| Figura 6. Modificación de la puntuación del antebrazo. | 23 |
| Figura 7. Medición del ángulo de la muñeca..... | 23 |
| Figura 8. Modificación de la puntuación de la muñeca..... | 24 |
| Figura 9. Puntuación del giro de muñeca..... | 24 |
| Figura 10. Medición del ángulo del cuello. | 25 |
| Figura 11. Modificación de la puntuación del cuello. | 26 |
| Figura 12. Medición del ángulo del tronco..... | 26 |
| Figura 13. Modificación de la puntuación del tronco. | 27 |
| Figura 14. Puntuación de las piernas..... | 28 |
| Figura 15. Esquema de puntuaciones..... | 31 |
| Figura 16. Posición del brazo..... | 33 |
| Figura 17. Posición del antebrazo..... | 34 |
| Figura 18. Posición de la muñeca..... | 35 |
| Figura 19. Posición del cuello | 36 |
| Figura 20. Posición del tronco..... | 37 |
| Figura 21: Inclinación del tronco..... | 41 |
| Figura 22: Inclinación de la cabeza..... | 41 |
| Figura 23: Elevación de la parte superior del brazo. | 42 |
| Figura 24: Postura del antebrazo y la mano..... | 42 |
| Figura 25: Inclinación de la cabeza y del tronco | 44 |
| Figura 26. Tipo de posturas para para evaluación nórdico para trabajo remoto. 97 | |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gráfico 1. Distribución del nivel de riesgo Rula Office de los 25 puestos..... | 82 |
| Gráfico 2. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en Contabilidad. | 83 |
| Gráfico 3. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en I.T..... | 84 |
| Gráfico 4. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en Tesorería..... | 85 |
| Gráfico 5. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en Ventas..... | 85 |
| Gráfico 6. Distribución sobre nivel de riesgo en oficinas administrativas..... | 86 |
| Gráfico 7. Relación del nivel de riesgo con sensación de dolor..... | 87 |
| Gráfico 8. Relación del nivel de riesgo con sensación de dolor..... | 88 |
| Gráfico 9. Distribución del personal según su antigüedad en el puesto | 93 |
| Gráfico 10. Percepción del personal sobre espacio adecuado de trabajo | 94 |
| Gráfico 11. Porcentaje del personal que realizó tratamiento por causa del dolor | 95 |
| Gráfico 12. Grado de dolor en relación con el nivel de riesgo 3 a 4. | 96 |
| Gráfico 13. Grado de dolor en relación con el nivel de riesgo 5 a 6. | 96 |
| Gráfico 14. Grado de dolor en relación con el nivel de riesgo 7. | 97 |
| Gráfico 15. Postura adoptada por el personal durante trabajo en home office. . | 98 |
| Gráfico 16. Distribución porcentual de la percepción de dolor..... | 98 |
| Gráfico 17. Distribución IMC del personal administrativo. | 98 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Puntuación del brazo. | 21 |
| Tabla 2. Modificación de la puntuación | 22 |
| Tabla 3. Puntuación del antebrazo. | 22 |
| Tabla 4. Modificación de la puntuación del antebrazo..... | 23 |
| Tabla 5. Puntuación de la muñeca..... | 23 |
| Tabla 6. Modificación de la puntuación de la muñeca..... | 24 |
| Tabla 7. Puntuación del giro de la muñeca. | 24 |
| Tabla 8. Puntuación del cuello..... | 25 |
| Tabla 9. Modificación de la puntuación del cuello. | 26 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 10. Puntuación del tronco. | 26 |
| Tabla 11. Modificación de la puntuación del tronco..... | 27 |
| Tabla 12. Puntuación de las piernas. | 27 |
| Tabla 13. Puntuación del Grupo A. | 28 |
| Tabla 14. Puntuación del Grupo B. | 29 |
| Tabla 15. Puntuación por tipo de actividad. | 30 |
| Tabla 16. Puntuación por carga o fuerzas ejercidas. | 30 |
| Tabla 17. Puntuación Final RULA..... | 30 |
| Tabla 18. Niveles de actuación según la puntuación final obtenida..... | 31 |
| Tabla 19. Puntuación por Postura de Brazo..... | 33 |
| Tabla 20. Puntuación por Postura de Antebrazo..... | 34 |
| Tabla 21. Puntuación por Posición de la Muñeca | 35 |
| Tabla 22. Brazos, antebrazos y muñecas | 36 |
| Tabla 23. Puntuación por Posición del Cuello..... | 37 |
| Tabla 24. Puntuación por Posición del Tronco..... | 38 |
| Tabla 25. Puntuación Cuello, tronco y piernas..... | 38 |
| Tabla 26 Cálculo de valor Puntuación X y Y | 39 |
| Tabla 27. Puntuación Total | 40 |
| Tabla 28. Recomendaciones según el nivel obtenido | 40 |
| Tabla 29: Distribución de personas por áreas..... | 50 |
| Tabla 30: Distribución de los puestos de trabajo y actividades. | 52 |
| Tabla 31. Característica de los controles implementados en la empresa..... | 53 |
| Tabla 32: Determinación cualitativa riesgo por postura..... | 54 |
| Tabla 33: Resultado del Cuestionario Nórdico para trabajo presencial | 55 |
| Tabla 34: Resultado del Cuestionario Nórdico para trabajo remoto | 56 |
| Tabla 35. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en oficinas administrativa | 82 |
| Tabla 36. Frecuencia del nivel de riesgo Rula Office en Contabilidad..... | 83 |
| Tabla 37. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en I.T | 84 |
| Tabla 38. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en Tesorería | 84 |
| Tabla 39. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en Ventas. | 85 |
| Tabla 40. Frecuencia del nivel de acción Rula en oficinas administrativa | 86 |
| Tabla 41. Sensación de dolor en relación con el nivel de riesgo | 87 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 42. Sensación de dolor en función al total de personas evaluadas. | 88 |
| Tabla 43. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el cuello | 89 |
| Tabla 44. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el hombro..... | 89 |
| Tabla 45. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el dorsal..... | 90 |
| Tabla 46. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el codo antebrazo | 90 |
| Tabla 47. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en muñeca y mano | 90 |
| Tabla 48. Tabla de contingencia Rula Office: Nivel de Riesgo con dolor | 91 |
| Tabla 49. Tabla de contingencia: Frecuencia esperada..... | 92 |
| Tabla 50. Prueba de X^2 chi cuadrado: Nivel de riesgo con el dolor | 92 |
| Tabla 51. Distribución de X^2 Chi cuadrado con 2 grados de libertad y con 95% significación. | 92 |
| Tabla 52. Distribución según sexo | 93 |
| Tabla 53. Distribución del personal en función a su lateralidad..... | 93 |
| Tabla 54. Distribución de las personas que realizan pausas activas..... | 94 |
| Tabla 55. Distribución de personas que sintieron dolor en los últimos 12 meses | 94 |
| Tabla 56. Distribución de personas que sintieron dolor en los últimos 7 días..... | 95 |
| Tabla 57. Distribución del grado dolor percibido en función a la zona de cuerpo. | 95 |
| Tabla 58. Distribución del grado dolor percibido en función al nivel de riesgo.... | 96 |
| Tabla 59. Sensación de dolor según la postura adoptado..... | 98 |

ÍNDICE DE ANEXO

| | |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo 1. Cuestionario Nórdico | 107 |
| Anexo 2. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 1 | 109 |
| Anexo 3. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 2 | 111 |
| Anexo 4. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 3 | 113 |
| Anexo 5. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 4 | 115 |
| Anexo 6. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 5 | 117 |
| Anexo 7. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 6 | 119 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anexo 8. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 7 | 121 |
| Anexo 9. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 8 | 123 |
| Anexo 10. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 9 | 125 |
| Anexo 11. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 10 | 127 |
| Anexo 12. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 1 | 129 |
| Anexo 13. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 2 | 131 |
| Anexo 14. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 3 | 133 |
| Anexo 15. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 4 | 135 |
| Anexo 16. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 5 | 137 |
| Anexo 17. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 6 | 139 |
| Anexo 18. Cuestionario Nórdico del Area de Tesorería – TS 1 | 141 |
| Anexo 19. Cuestionario Nórdico del Area de Tesorería – TS 2 | 143 |
| Anexo 20. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 1.... | 145 |
| Anexo 21. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 2.... | 147 |
| Anexo 22. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 3.... | 149 |
| Anexo 23. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 4.... | 151 |
| Anexo 24. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 5.... | 153 |
| Anexo 25. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 6.... | 155 |
| Anexo 26. Clasificación nivel de riesgo rula y resultados cuestionario nórdico de Contabilidad y Tecnología información. | 157 |
| Anexo 27. Clasificación nivel de riesgo rula y resultados cuestionario nórdico de Tesorería y Ventas. | 158 |
| Anexo 28. Pausas actividad para personal administrativo | 159 |
| Anexo 29. Pausas actividad para personal administrativo según ACHS | 161 |
| Anexo 30 Señalización de Concientización Ergonómico..... | 162 |
| Anexo 31. Postura ergonómica para trabajos en oficinas y/o trabajo remoto... .. | 163 |
| Anexo 32. Dimensiones del mobiliario en oficinas. | 164 |
| Anexo 33. Equipo ergonómico y postura para trabajo con dos pantallas | 165 |
| Anexo 34. Dimensiones del mobiliario en oficinas. | 166 |
| Anexo 35. Dimensiones del reposa pies. | 167 |
| Anexo 36. Uso de soporte documentario y postura ergonómica. | 168 |
| Anexo 37. Consideraciones para uso de teclado y mouse..... | 169 |
| Anexo 38. Mediciones y revisiones de la mesa y silla de trabajo. | 170 |

1 CAPÍTULO I: TÍTULO

“Evaluación del riesgo ergonómico de posturas forzadas y su relación con los síntomas músculo esquelético en las oficinas administrativas de una empresa metalmeccánica”

2 CAPÍTULO II: ANTECEDENTES REFERENCIALES

Los trastornos músculos esqueléticos son lesiones que pueden presentar los trabajadores al estar expuesto a sus diferentes factores de riesgo y de los cuales se tiene como principal factor de riesgo los trabajos de movimientos repetitivos, posturas forzadas y manipulación de cargas (Junta Castilla y León, 2008, p 26). Debido a ello y a otros estudios realizados en Europa es que existen diferentes investigaciones relacionadas a identificarlos en los puestos de trabajos que buscan prevenir dichas lesiones, que se “manifiestan mediante los síntomas en forma de dolor, rigidez, hinchazón, adormecimiento y cosquilleo” (NIOSH, 2012, párrafo 1). Asimismo, los estudios estadísticos realizados en los países de Europa como las Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, nos permiten evidenciar que es un problema a nivel mundial y que es necesario tomar acciones con el fin de mejorar las condiciones labores de los trabajadores, agregando a esta situación actualmente se está viviendo un problema mundial debido a la aparición del virus covid-19 generando como medida preventiva en el Perú priorizar el trabajo remoto y/o el distanciamiento físico de los trabajadores en las oficinas y área operativas esto a su vez sin considerar un estudio ergonómico en los nuevos ambientes de trabajo.

Cesar Cifuentes Rico, Fundación Universitaria Agraria de Colombia - Colombia, 2016.

Desarrolla el trabajo de Grado: “Análisis de posturas y propuestas de diseño de puestos de trabajo para el personal administrativo en la sede principal de la fundación Universitaria Agraria de Colombia – UNIAGRARIA entre enero a agosto del 2016”.

Trabajo donde propone realizar una evaluación de la carga postural del personal administrativo la bajo la metodología RULA y relacionarlo con los síntomas presente en los trabajadores obtenido mediante el cuestionario Nórdico de Kuorinka.

De lo cual concluye: "Principales molestias que presentaron los trabajadores administrativos son en el segmento dorsal, mano, muñeca y cuello por ello recomienda el rediseño de las tareas, así como la compra de sillas con espaldar, altura ajustable y apoya brazos, escritorio en L, adquisición de equipos ergonómicos para computadoras entre otros.

Karla Pazmiño Andrade, Universidad San Francisco de Quito - Ecuador, 2015.

Desarrolla el trabajo de Grado: "Evaluación del riesgo ergonómico de movimientos repetitivos y posturas forzadas y su correlación con el dolor en el trabajo diario del personal del área de empaque de una industria farmacéutica".

El trabajo propone identificar la relación del riesgo ergonómico con el dolor presente en el personal en una empresa farmacéutica.

De lo cual concluye: "Existe correlación directa en tareas con riesgos de movimientos repetitivos y posturas forzadas que causan dolor músculo - esquelético en espalda inferior, cuello, tobillo/pie, espalda superior y mano/muñeca".

JUAN JÁCOME TROYA, Universidad Internacional SEK - Ecuador, 2014.

Desarrolla el trabajo de Grado: "Evaluación ergonómica de los puestos de trabajo del área de operaciones y negocios de la cooperativa de ahorro y crédito cooprogreso LTDA., y sus correspondientes propuestas para controlar los riesgos detectados".

Trabajo donde propone realizar una evaluación ergonómica utilizando la metodología INSHT, OWAS, RULA, OFFICE y REBA para determinar el nivel de riesgo al que están expuesto el personal con el fin de mejorar las condiciones labores. Identificando que el 54.53% presenta molestias debido a hábitos posturales y esfuerzos realizados durante su jornada laboral y proponiendo controles para disminuir las molestias presentes en los trabajadores.

Jorge Silva Vargas, Universidad Nacional de Ingeniería - Perú, 2011.

Desarrolla el trabajo de Grado: "Evaluación ergonómica de movimientos monótonos y repetitivos en la sala de empaque de una empresa farmacéutica".

Trabajo donde propone evaluar en nivel de riesgo ergonómico de movimientos monótonos y repetitivos al que está expuesto los trabajadores mediante el método Rula.

De lo cual concluye: “Existe 15 tareas que están expuesto a un nivel de riesgo ergonómico alto por ello recomienda que se deben rediseñar las tareas”.

3 CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTO DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Los trastornos músculo esqueléticos (TME) constituyen el problema de salud de origen laboral más frecuente entre los trabajadores y trabajadoras europeos y del resto de los países industrializados estos resultados evidenciados en estudios realizados en la II encuesta europeas 1197 y en la V encuesta europeas 2010 (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2020). Lo cual nos demuestra que al pasar los años este problema sigue prevaleciendo, afectando a todos los trabajadores debido a las condiciones de trabajo al que están expuestos.

Estos resultados son obtenidos en países industrializados lo cual podemos deducir que en países en vías de desarrollo como en el Perú esta situación podría ser el mismo o hasta peor debido a que no contamos con la tecnología y conocimientos de los países industrializados.

Junta Castilla y León (2008) menciona que muchas de las enfermedades relacionadas con los TME y cuyo origen son laboral no son reconocidas como tal, quedando encubiertas como enfermedades comunes, lo que conlleva que este tipo de afecciones se deriven hacia el Sistema Público de Salud para su posterior tratamiento como problemas de salud común. Esta situación podría ser similar a lo que sucede actualmente en el Perú representando también un problema para los trabajadores porque estas enfermedades que pueden tener en varias situaciones son camufladas como enfermedad común y no despierta el interés de las empresas en tomar acción al respecto para mejorar las condiciones de trabajo.

Actualmente en la empresa metalmecánica donde se va a realizar la evaluación ergonómica de posturas forzadas en las oficinas administrativas, se caracteriza porque el personal se encuentra expuesto a este factor de riesgo debido a que durante toda su jornada laboral se encuentran utilizando una computadora o una laptop requiriendo mantenerse sentado trabajando por largas horas sin haberse evaluado las condiciones ergonómicas para su actividad.

Esto debido a que no se considera a la ergonomía como una ciencia de gran importancia para cuidar la calidad de vida del personal administrativo y el rendimiento en el puesto de trabajo, esto evidenciándose una vez más en los últimos cambios realizados en las oficinas como medida de precaución por el riesgo de contagiarse del virus covid-19, esto sin evaluar las condiciones ergonómicas para el desempeño de sus funciones.

Esta situación va a ser evaluado bajo un enfoque ergonómico ya que últimamente se ha evidenciado la presencia de reportes referente a síntomas de músculo esqueléticos en dicha área administrativa, de identificarse una relación directa con las condiciones laborales se propondrán recomendaciones y propuestas de mejora con el fin de mejorar la calidad de vida y prevenir lesiones en el personal administrativo.

3.1 Problema general:

¿Cómo se relaciona el riesgo ergonómico de posturas forzadas con los síntomas músculo esquelético en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica en el año 2020 y 2021?

3.2 Problemas específicos:

- a. ¿Cómo se relaciona el riesgo ergonómico de posturas forzadas con los síntomas músculo esquelético en los últimos 12 meses en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica?
- b. ¿Cómo se relaciona el riesgo ergonómico de posturas forzadas con los síntomas músculo esquelético en los últimos 7 días en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica?
- c. ¿Cómo se relaciona el riesgo ergonómico de posturas forzadas con la intensidad de los síntomas músculo esquelético en escala de 0 al 10 en los últimos 7 días en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica?

4 CAPÍTULO IV: JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

Determinar la relación que existe entre el riesgo ergonómico de posturas forzadas en oficinas administrativas y los síntomas músculo esquelético permitirá a la empresa poder gestionar sus recursos y establecer acciones de corto y mediano plazo con la finalidad de proporcionar condiciones de trabajo seguro que no deterioren la salud del trabajador, como lo establece la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N°29783 así como también se menciona en la RM 375-2008-TR cuyo objetivo es proporcionarles bienestar, seguridad y mayor eficiencia en su desempeño de sus actividades.

El presente proyecto de tesis recoge como información referencial estudios realizados en España donde establecen que los trastornos músculo esqueléticos se sitúan entre las tres primeras causas de baja laboral así también según Secretaria de Salud Laboral y Medio Ambiente de Asturias (2008) menciona que “los trastornos músculos esqueléticos de origen laboral son el principal problema de salud relacionado con el trabajo en todos los países industrializados y una de las primeras causas de absentismo laboral”.

Asimismo, en la empresa metalmecánica donde se realizará la evaluación ergonómica no evidencia que se haya realizado un estudio ergonómico detallado para las condiciones de trabajo del personal administrativo y actualmente no se realizó una evaluación ergonómica durante los cambios de ubicaciones de prevenir algún contagio debido por la presencia del virus covid-19.

El presente estudio evalúa el riesgo ergonómico de posturas forzadas debido a que es uno de los principales factores de riesgo que están expuesto los trabajadores de las oficinas administrativas.

Esto también se refuerza con las cifras mostradas en la II Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo de 1997, un 30% de las trabajadoras y trabajadores europeos (más de 44 millones) sufren lesiones dorso - lumbares provocadas por su trabajo, un 33% realizan tareas con manipulación de cargas pesadas, las posturas de trabajo son causa de dolor y fatiga para un 45% y más de la mitad (57%) tienen que hacer movimientos repetitivos.

De igual forma en la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo de 2010, muestra que estos dos riesgos físicos (posturas forzadas y movimientos repetitivos) siguen presentando el mayor porcentaje evidenciándose de la siguiente forma: en hombres y mujeres trabajan en posturas inadecuadas en 48% y 45% respectivamente o realizan movimientos repetitivos con los brazos y las manos en 64% y 63% respectivamente. (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2020).

5 CAPÍTULO V: OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el riesgo ergonómico por posturas forzadas con los síntomas músculo esquelético en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.

5.2 Objetivo secundario

- a. Determinar la relación que existe entre el riesgo ergonómico por posturas forzadas y los síntomas músculo esquelético en los últimos 12 meses en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.
- b. Determinar la relación que existe entre el riesgo ergonómico por posturas forzadas y los síntomas músculo esquelético en los últimos 7 días en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.
- c. Determinar la relación que existe entre el riesgo ergonómico por posturas forzadas y la intensidad de los síntomas músculo esquelético en escala de 0 al 10 en los últimos 7 días en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.
- d. Realizar una guía de recomendaciones para la corrección de los riesgos encontrados.

6 CAPÍTULO VI: HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis general:

Existe una relación directa entre el riesgo ergonómico de posturas forzadas con los síntomas músculo esquelético en los trabajadores de administrativos de una empresa metalmecánica en el año 2020 y 2021.

6.2 Hipótesis específicas:

- a. El riesgo ergonómico de posturas forzadas está directamente relacionado con los síntomas músculo esquelético en los últimos 12 meses en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.
- b. El riesgo ergonómico de posturas forzadas está directamente relacionado con los síntomas músculo esquelético en los últimos 7 días en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.
- c. El riesgo ergonómico de y posturas forzadas están directamente relacionado con la intensidad de los síntomas músculo esquelético en escala de 0 al 10 en los últimos 7 días en los trabajadores administrativos de una empresa metalmecánica.

7 CAPÍTULO VII: MARCO TEÓRICO Y LEGAL

7.1 MARCO TEÓRICO

7.1.1 ERGONOMÍA

Mondelo (1999) menciona que la Ergonomía es el estudio cuantitativo y cualitativo de las condiciones de trabajo en la empresa, que tiene por objeto el establecimiento de técnicas conducentes a una mejora de la productividad y de la integración en el trabajo de los productores directos. La definición de ergonomía de la Real Academia de la Lengua Española (1989) es: “Parte de la economía que estudia la capacidad y psicología humanas en relación con el ambiente de trabajo y el equipo manejado por el trabajador”.

La ciencia de la ergonomía tiene como objetivo analizar las tareas, equipos y modos de producción con la finalidad de prevenir la ocurrencia de incidentes, accidentes y patologías laborales, disminuir la fatiga mental y física, y aumentar el grado de satisfacción del trabajador. Aplicando estas consideraciones de la ergonomía se obtiene como efecto el beneficio social y humano, así como económico asociados a un incremento de la productividad en sus centros laborales y a la disminución de los costos provocados por los errores, accidentes y bajas laborales. (Ergometal 2010, p. 11).

Según el Instituto de Biomecánica de Valencia en el Manual para la prevención de riesgos ergonómicos (2007) menciona la siguiente relación:

Una de las consecuencias más visibles por la ausencia de condiciones ergonómicas en el puesto de trabajo son las lesiones músculo - esquelético, las cuales afectan a músculos, tendones, huesos, ligamentos o discos intervertebrales. Este tipo de lesiones suele ser de carácter progresivo, manifestándose al principio como molestias o dolor en ciertas partes del cuerpo (espalda, cuello, brazos,) y evolucionando posteriormente, sino se mejoran las condiciones ergonómicas del trabajo, hacia lesiones como contracturas, tendinitis, túnel carpiano, etc.

7.1.2 TRASTORNOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS

En relación al Manual publicado por la Institución Junta de Castilla y Leon (2008)

Los trastornos músculo esqueléticos (TME) de origen laboral son un conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas de músculos, tendones, nervios, articulaciones, etc.... causadas o agravadas fundamentalmente por el trabajo y los efectos del entorno en el que este se desarrolla.

La mayor parte de los TME son trastornos acumulativos resultantes de una exposición repetida a cargas más o menos pesadas durante un periodo de tiempo prolongado. Estos trastornos también pueden generar a causa de traumatismos agudos, como fracturas, con ocasión de un accidente.

A) Sintomatología

Los síntomas relacionados con la aparición de trastornos músculo esquelético puede comprender dolor muscular y/o articular, sensación de hormigueo, pérdida de fuerza y disminución de sensibilidad.

En la manifestación de los trastornos generados por movimientos repetitivos, posturas forzadas y sobreesfuerzos pueden distinguirse tres etapas:

- a) Generación de dolor y cansancio en las horas de trabajo, disminuyendo la sensación fuera del trabajo, durante la noche y los fines de semana.
- b) Aparición de los síntomas al inicio de la jornada laboral, manteniendo los síntomas por la noche, afectado el descanso y disminuyendo la capacidad de trabajo.
- c) Permanencia de los síntomas durante el descanso, dificultando la ejecución de tareas, incluso las más ligeras o de menor desgaste.

En relación con los trastornos músculo esquelético se consideran como factores que contribuyen a la aparición según se muestra en el siguiente cuadro, considerando el factor de postura forzada dentro de los factores físicos.

| Factores físicos | Factores psicosociales | Individuales |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| • cargas/aplicación de fuerzas | • demandas altas, bajo control | • historia medica |
| • posturas: forzadas, estáticas | • falta de autonomía | • capacidad física |
| • movimientos repetidos | • falta de apoyo social | • edad |
| • vibraciones | • repetitividad y monotonía | • obesidad |
| • entornos de trabajo fríos | • insatisfacción laboral | • tabaquismo |

Fuente: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2007).

La exposición a varios factores de riesgo aumenta la posibilidad de generar la aparición de trastorno músculo esquelético y se considera como factores principales causantes de la aparición de los Trastorno músculo esquelético:

- Manipulación manual de cargas.
- Posturas Mantenidas /forzadas
- Movimientos repetitivos.

B) Posturas forzadas

Se consideran a las posiciones de trabajo que supongan que una o varias regiones anatómicas dejen de estar en una posición natural de confort para pasar a una posición forzada que genera hiperextensiones, hiperflexiones y/o hiper rotaciones osteoarticulares con la consecuente producción de lesiones por sobrecarga. Las posturas forzadas comprenden las posiciones del cuerpo fijas o restringidas, las posturas que sobrecargan los músculos y los

tendones, las posturas que cargan las articulaciones de una manera asimétrica, y las posturas que producen carga estática en la musculatura.

B.1) Criterios de valoración

Para considerar la lesión que presenta el trabajador/a "de origen laboral" se deben cumplir una serie de criterios:

- Existencia de posturas forzadas en el puesto de trabajo.
- Aparición de los síntomas después del comienzo del trabajo actual y persistencia de ellos.
- Mejora o desaparición de los síntomas con el descanso y reaparición o agravamiento tras reemprender el trabajo.

En relación con el factor de riesgo por postura forzada se consideran los siguientes criterios de valoración:

- Apto:** Cuando el trabajador/a no presenta una afección osteomuscular o en la anamnesis no revela una fatigabilidad anormal. El trabajador/a podrá desempeñar su tarea habitual sin ningún tipo de restricción
- No apto:** Calificación que recibe el trabajador/a cuando el desempeño de las tareas implique problemas serios de salud o esta le imposibilite la realización de las mismas.
- En observación:** Calificación que recibe el trabajador/a que está siendo sometido a estudio y/o vigilancia médica a fin de determinar su grado de capacidad. La valoración de los signos y síntomas se realiza en cinco grados en orden numérico:

B.2) Efectos sobre la salud

Las posturas forzadas en muchas situaciones generan trastornos músculo esquelético.

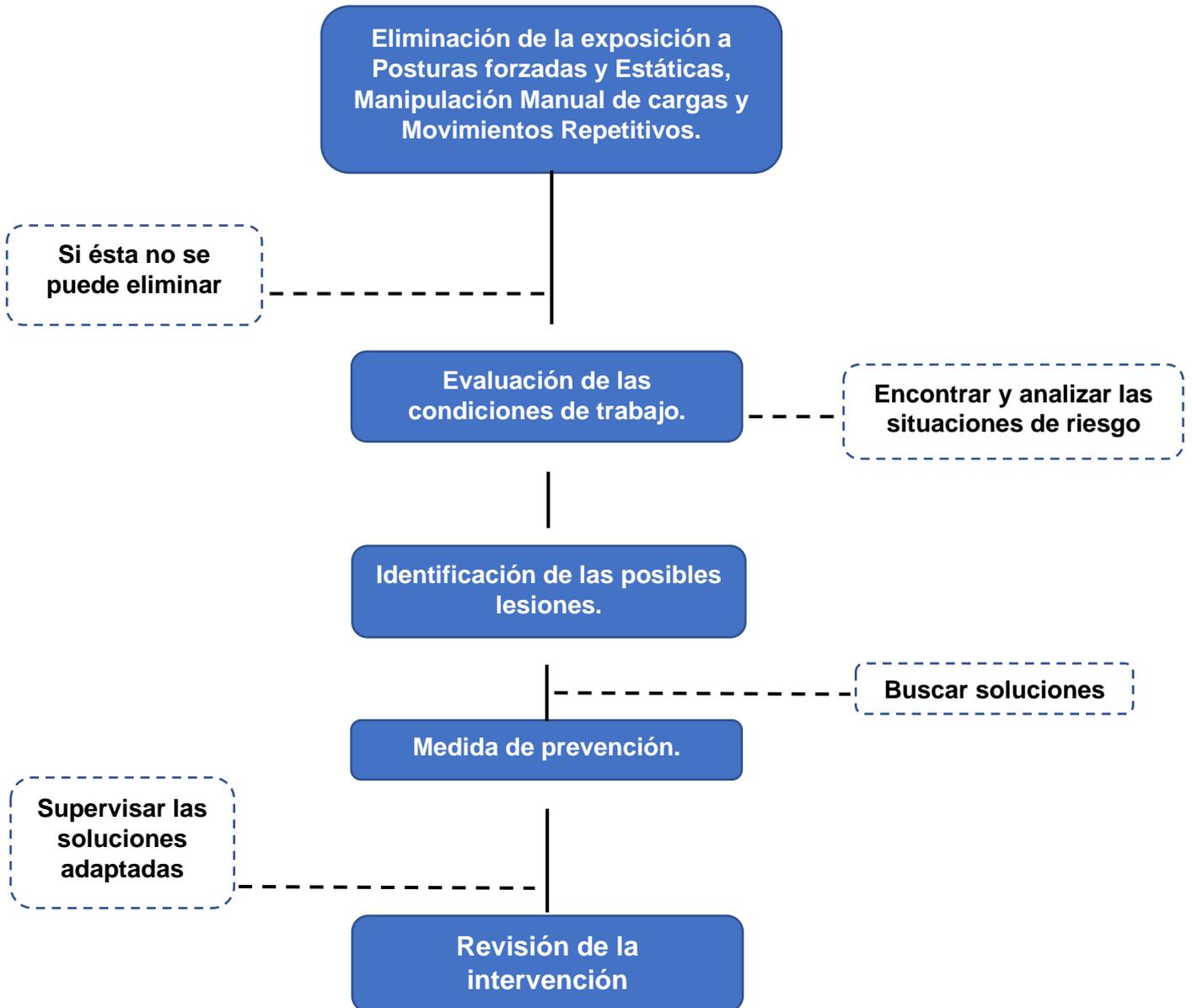
Estas molestias son de aparición lenta y de carácter inofensivo en apariencia, por lo que el personal que está expuesto suele ignorar el síntoma hasta que se hace crónico y aparece el daño permanente; se localizan fundamentalmente en el tejido conectivo, sobre todo en tendones y sus vainas, y pueden también dañar o irritar los nervios, o impedir el flujo sanguíneo a través de venas y arterias. Son frecuentes estas molestias en el hombro y cuello. Se caracteriza por molestias, incomodidad o dolor persistente en articulaciones, músculos, tendones y otros tejidos blandos, con o sin manifestación física, causado o agravado por movimientos repetidos, posturas forzadas y movimientos que desarrollan fuerzas altas.

Aunque las lesiones dorsolumbares y de extremidades se deben principalmente a la manipulación de cargas, también son comunes en otros entornos de trabajo, en los que no se dan manipulaciones de cargas y si posturas inadecuadas con una elevada carga muscular estática.

C. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

En toda organización es un factor clave establecer el adecuado criterio de evaluación para prevenir la aparición de los trastornos músculo esquelético, ante la existencia de estos riesgos es esencial establecer un procedimiento de actuación, que en líneas generales siga el esquema que se detalla a continuación:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PRESENCIA DE TME EN EL PUESTO DE TRABAJO.



Fuente: Manual de lesiones musculo esqueléticas (Junta de Castilla y León, 2008, p. 47)

D. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

D.1) Posturas forzadas

Para prevenir las molestias músculo esquelética a causa de posturas forzadas en general deben seguir estos lineamientos:

Evitando:

- ✓ La inclinación de la cabeza, encoger los hombros y trabajar inclinado, ya que producen tensión muscular.
- ✓ Hacer giros o movimientos laterales, ya que hacen que la columna vertebral este forzada, por lo que se recomienda trabajar con la espalda lo más recta posible.
- ✓ Los movimientos bruscos y repentinos, cambiándolos por movimientos rítmicos
- ✓ Los giros bruscos al colocar objetos porque tiran de los músculos de la espalda pudiendo dañarla.
- ✓ En vez de torcer la parte superior del cuerpo, se deben mover los pies dando cortos pasos para hacer un giro.

Fomentando:

- ✓ Adaptación física del puesto al trabajador: El empleador deberá adaptar el puesto, mejorando los planos de trabajo para hacerlos más accesibles, mejorando las posturas y fomentando el poder alternar posturas.
- ✓ El hecho de intercalar unas tareas con otras que precisen movimientos diferentes y requieran la intervención de músculos distintos.
- ✓ Establecer la rotación de los trabajadores en puestos que genera mayor carga postural.
- ✓ En lo posible introducir flexibilidad en el horario de trabajo a nivel individual ya que contribuye considerablemente.
- ✓ Dotar de apoyos a los segmentos corporales que deban estar en posiciones forzadas.

- ✓ Establecer un sistema de pausas.
- ✓ Organizar el trabajo evitando la repetición de tareas.
- ✓ Formación e información a los trabajadores sobre las medidas preventivas.
- ✓ Vigilancia de la salud aplicando el protocolo medico específico.

D.2) El trabajo sentado

Cada día son más los trabajos administrativos que se ejecutan en esta posición, esta situación podría exponer a lesiones músculo esqueléticas si el diseño del puesto de trabajo no se realiza de manera adecuada por ejemplo:

- No se alterna con otras posiciones que puedan implicar un cierto movimiento.
- El/la trabajador/a no cuenta con espacio suficiente para las rodillas.
- Hay que manipular objetos pesados.
- Son necesarios frecuentes alcances altos o bajos.
- Es frecuente aplicar fuerzas.

Por esta razón es importante llevar a cabo una serie de medidas preventivas:

- Mantener el tronco derecho y erguido frente al plano de trabajo y lo más cerca posible de este.
- Comprobar que se alcanzan todos los elementos del puesto de trabajo sin estirar demasiado el cuerpo ni los brazos.
- Evitar posturas estáticas durante largo tiempo, cambiando de postura frecuentemente. Son mejores las pausas cortas y frecuentes que las más largas y espaciadas.
- Se recomienda que la silla sea de cinco ruedas, asiento y respaldo regulables en altura.
- Durante el descanso es preferible cambiar de postura y alejarse del puesto de trabajo y, si es posible, hacer estiramientos musculares. En general, se recomienda producir un descanso de 10 o 15 minutos cada 1 o 2 horas de trabajo continuado, y realizando una serie de ejercicios de estiramiento:

E) Trabajo con pantallas de visualización de datos (PVD's)

En los últimos años la rápida difusión de las nuevas tecnologías ha introducido progresivamente en el mundo de las oficinas los ordenadores personales, y en general toda una serie de equipos que configuran todo lo que se ha dado en llamar la ofimática, que a su vez de generar una revolución en los trabajo de oficinas, esto también ocasionando como secuela toda una serie de trastornos sobre la salud de los trabajadores por causa del uso continuo de las computadoras, que se agudizan cuando el personal lo utiliza durante todo su jornada laboral.

Los trastornos como la fatiga visual, síntomas de afecciones músculo esqueléticas y alteraciones de carácter psicológico han sido relacionados con la utilización sistemática durante largos períodos de tiempo de las PVD's, y han dado lugar a numerosos estudios en todo el mundo, tendentes a conocer el impacto que producen estos equipos sobre la salud de los trabajadores.

Actualmente tenido el riesgo de fatiga visual por la exposición directa a la radiación, se adiciona el problema en relación con el riesgo para sistema músculo esquelético de factor postural o por los movimientos repetitivos y los problemas causados por la carga mental que conlleva realizar los trabajos con el uso de PVD's.

E.1) Tipologías del trabajo con PVD's

El trabajo con pantalla de visualización de datos es aquel donde el personal utiliza como herramienta principal el ordenador. Esta nueva forma de trabajar se diferencia respecto a los trabajos de oficina tradicional en el hecho de que la información se visualiza en el plano vertical, la cantidad de información es mayor cantidad, generando que los sentidos y el sistema nervioso funcionen con una presión superior. En el incremento de la productividad, se han suprimido varias actividades disminuyendo así el contacto con compañeros, el personal puede llegar a aislarse poniendo en peligro su salud mental, este tema se agudiza hasta cotas preocupantes

cuando analizamos el trabajo remoto, que actualmente con el contexto de pandemia por causa del covid-19 a generado un aumento sustancial de esta forma de trabajo.

Podemos diferenciar tres grandes categorías que conllevan una carga física y psíquica diferenciada.

a) Trabajos con pantalla: Son aquellos en los que fundamentalmente se atiende a la recepción y salida de datos. La vista se fija en la pantalla y el uso del teclado se vuelve menos importante. Están caracterizados por una elevada carga visual.

b) Trabajos con documentos: Consiste en la introducción de datos, en los que una o ambas manos están permanentemente sobre el teclado, mientras la mirada permanece casi todo el tiempo sobre el documento base y solo se fija sobre la pantalla de vez en cuando. Se caracterizan por una carga músculo esquelética elevada, pues la columna vertebral, los músculos de la nuca y los de los hombros, así como la musculatura de los tendones de los brazos y manos que están sometidos a mayores solicitaciones.

c) Trabajo mixto: Es aquel que conjuga los dos anteriores; es el más interactivo de los tres y constituye fundamentalmente “el diálogo y el tratamiento de textos”.

F) Método de Evaluación

En la ergonomía se tiene diversos métodos para poder realizar el análisis de los riesgos que pueden generar la aparición de trastornos músculo esquelético, debido a que en el presente informe de investigación se contempla como principal riesgo la exposición a posturas forzadas se utilizará la metodología Rula como soporte informatorio y su versión adaptada para evaluar el nivel de riesgo por postura forzada en personal administrativo con la metodología Rula Office.

7.1.3 MÉTODO RULA

Diego-Mas (2015) menciona que este método sirve para evaluar la exposición de los trabajadores a factores de riesgo que pueden ocasionar trastornos en los miembros superiores del cuerpo: posturas, repetitividad de movimientos, fuerzas aplicadas, actividad estática del sistema músculo esquelético, etc.

7.1.3.1 Fundamentos del método

Uno de los factores de riesgo más comúnmente asociados a la aparición de trastornos de tipo músculo esqueléticos es la excesiva carga postural. Si se adoptan posturas inadecuadas de forma continuada o repetida en el trabajo se genera fatiga y, a la larga, pueden ocasionarse problemas de salud. Así pues, la evaluación de la carga postural o carga estática, y su reducción en caso de ser necesario, es una de las medidas fundamentales a adoptar en la mejora de puestos de trabajo.

Para una determinada postura RULA obtendrá una puntuación a partir de la cual se establece un determinado Nivel de Actuación. El Nivel de Actuación indicará si la postura es aceptable o en qué medida son necesarios cambios o rediseños en el puesto.

Es muy importante para la evaluación en los ángulos que el plano de la cámara sea paralelo al plano en el que se encuentre el ángulo a medir. Ver figura 1 y 2.

El método Rula puede ser aplicado al lado derecho e izquierdo del cuerpo por separado, el evaluador podría omitir evaluar un lado de identificar cual de los lados este sometido a mayor carga postural, pero en caso no tener la certeza debería realizar la evaluación en ambos lados.



Figura 1: Grupo Rula

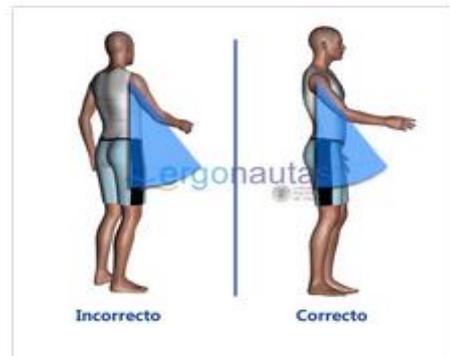


Figura 2: Medición de Angulo.

La metodología RULA divide el cuerpo en dos grupos, el Grupo A (brazos, antebrazos y muñecas) y el Grupo B (piernas, el tronco y el cuello). Mediante las tablas asociadas al método, se asigna una puntuación a cada zona corporal, en función de dichas puntuaciones, asignar valores globales a cada uno de los grupos A y B.

Para la asignación de puntajes en la zona de cuerpo mencionada se debe tener la medición de los ángulos que forman las diferentes partes del cuerpo del personal. El método RULA determina para cada miembro la forma de medición del ángulo. Posteriormente, las puntuaciones globales de los grupos A y B son modificadas en función del tipo de actividad muscular desarrollada, así como de la fuerza aplicada durante la realización de la tarea. Por último, se obtiene la puntuación final a partir de dichos valores globales modificados.

El valor final es proporcional al riesgo que conlleva la realización de la tarea realizada por el personal evaluado, entendiéndose que para resultado de puntaje alto tiene una relación con mayor riesgo de presentar lesiones musculoesqueléticas. El método RULA organiza las puntuaciones finales en niveles de actuación que orientan al evaluador sobre las decisiones a tomar tras el análisis. Los niveles de actuación propuestos van del nivel 1, que estima que la postura evaluada resulta aceptable, al nivel 4, que indica la necesidad urgente de cambios en la actividad.

Aplicación del método

| | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PASO 1 | <u>Identificar los ciclos de trabajo y observar al trabajador durante varios de estos ciclos</u> |
| PASO 2 | <u>Seleccionar las posturas de postura que se evaluarán</u> Se seleccionarán aquellas que, a priori, supongan una mayor carga postural. |
| PASO 3 | <u>Determinar si se evaluará el lado izquierdo del cuerpo o el derecho</u> En caso de duda se analizarán los dos lados. |
| PASO 4 | <u>Tomar los datos angulares requeridos</u> Pueden tomarse fotografías desde los puntos de vista adecuados para realizar las mediciones. |
| PASO 5 | <u>Calcular las puntuaciones para cada parte del cuerpo</u> Utilizando la tabla correspondiente a cada miembro. |
| PASO 6 | Calcular las puntuaciones parciales y finales del método para determinar la existencia de riesgos y establecer el Nivel de Actuación |
| PASO 7 | <u>Si es necesario, determinar qué tipo de medidas deben adoptarse</u> Revisar las puntuaciones para determinar dónde es necesario aplicar las medidas preventivas para disminuir el riesgo. |
| PASO 8 | Rediseñar el puesto o introducir cambios para mejorar la postura si es necesario para disminuir el riesgo. |
| PASO 9 | En caso de haber implementado cambios, evaluar de nuevo la postura para verificar la efectividad de la mejora |

Se expone a continuación la forma de obtener las puntuaciones de cada miembro, las puntuaciones parciales y finales y el nivel de actuación

7.1.3.2 Evaluación del grupo A

La puntuación del Grupo A se obtiene a partir de las puntuaciones de cada uno de los miembros que lo componen (brazo, antebrazo y muñeca). Así pues, como paso previo a la obtención de la puntuación del grupo hay que obtener las puntuaciones de cada miembro.

Puntuación del brazo

La puntuación del brazo se obtiene a partir de su grado de flexión/extensión. Para ello se medirá el ángulo formado por el eje del brazo y el eje del tronco. La Figura 3 muestra los diferentes grados de flexión/extensión considerados por el método. La puntuación del brazo se obtiene mediante la Tabla 1.



La puntuación obtenida de esta forma valora la flexión del brazo. Esta puntuación será aumentada en un punto si existe elevación del hombro, si el brazo está abducido (separado del tronco en el plano sagital) o si existe rotación del brazo. Si existe un punto de apoyo sobre el que descansa el brazo del trabajador mientras desarrolla la tarea la puntuación del brazo disminuye en un punto. Si no se da ninguna de estas circunstancias la puntuación del brazo no se modifica.

Para obtener la puntuación definitiva del brazo puede consultar la Tabla 2 y la Figura 4.

| Posición | Puntuación |
|-----------------------------------------|------------|
| Desde 20° de extensión a 20° de flexión | 1 |
| Extensión >20° o flexión >20° y <45° | 2 |
| Flexión >45° y 90° | 3 |
| Flexión >90° | 4 |

Tabla 1. Puntuación del brazo.

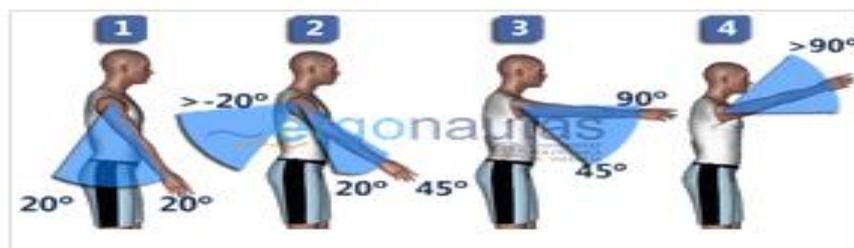


Figura 3. Medición del ángulo del brazo.

| Posición | Puntuación |
|-------------------------------|------------|
| Hombro elevado o brazo rotado | +1 |
| Brazos abducidos | +1 |
| Existe un punto de apoyo | -1 |

Tabla 2. Modificación de la puntuación

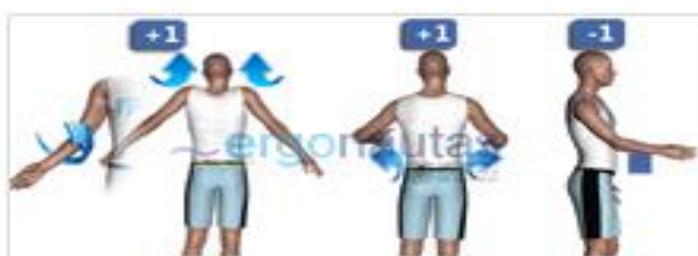


Figura 4. Modificación de la puntuación del brazo.

Puntuación del antebrazo

La puntuación del antebrazo se obtiene a partir de su ángulo de flexión, medido como el ángulo formado por el eje del antebrazo y el eje del brazo. La Figura 5 muestra los intervalos de flexión considerados por el método. La puntuación del antebrazo se obtiene mediante la Tabla 3.

La puntuación así obtenida valora la flexión del antebrazo. Esta puntuación se aumentará en un punto si el antebrazo cruza la línea media del cuerpo, o si se realiza una actividad a un lado del cuerpo (Figura 6). Ambos casos son excluyentes, por lo que como máximo se aumentará un punto la puntuación inicial del antebrazo. La Tabla 4 muestra los incrementos a aplicar.

| Posición | Puntuación |
|--------------------------|------------|
| Flexión entre 60° y 100° | 1 |
| Flexión <60° o >100° | 2 |

Tabla 3. Puntuación del antebrazo.

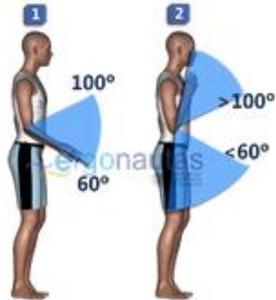


Figura 5. Medición del ángulo del antebrazo.



Figura 6. Modificación de la puntuación del antebrazo.

| Posición | Puntuación |
|----------------------|------------|
| A un lado del cuerpo | +1 |
| Cruza la línea media | +1 |

Tabla 4. Modificación de la puntuación del antebrazo.

Puntuación de la muñeca

La puntuación de la muñeca se obtiene a partir del ángulo de flexión/extensión medida desde la posición neutral. La Figura 7 muestra las referencias para realizar la medición. La puntuación de la muñeca se obtiene mediante la Tabla 5.

| Posición | Puntuación |
|------------------------------------------------|------------|
| Posición neutra | 1 |
| Flexión o extensión $> 0^\circ$ y $< 15^\circ$ | 2 |
| Flexión o extensión $> 15^\circ$ | 3 |

Tabla 5. Puntuación de la muñeca.



Figura 7. Medición del ángulo de la muñeca.

La puntuación obtenida de esta forma valora la flexión de la muñeca. Esta puntuación se aumentará en un punto si existe desviación radial o cubital (Figura 8). Ambos casos son excluyentes, por lo que como máximo se aumentará un punto la puntuación inicial de la muñeca. La Tabla 6 muestra el incremento a aplicar.

| Posición | Puntuación |
|--------------------|------------|
| Desviación radial | +1 |
| Desviación cubital | +1 |

Tabla 6. Modificación de la puntuación de la muñeca.



Figura 8. Modificación de la puntuación de la muñeca.

Una vez obtenida la puntuación de la muñeca se valorará el giro de la misma. Este nuevo valor será independiente y no se añadirá a la puntuación anterior, si no que servirá posteriormente para obtener la valoración global del Grupo A. Se trata de valorar el grado de pronación o supinación de la mano (medio o extremo). Si no existe pronación/supinación o su grado es medio se asignará una puntuación de 1; si el grado es extremo la puntuación será 2 (Tabla 7 y Figura 9).

| Posición | Puntuación |
|--------------------------------|------------|
| Pronación o supinación media | 1 |
| Pronación o supinación extrema | 2 |

Tabla 7. Puntuación del giro de la muñeca.



Figura 9. Puntuación del giro de muñeca.

7.1.3.3 Evaluación del Grupo B

La puntuación del Grupo B se obtiene a partir de las puntuaciones de cada uno de los miembros que lo componen (cuello, tronco y piernas). Por ello, como paso previo a la obtención de la puntuación del grupo hay que obtener las puntuaciones de cada miembro.

Puntuación del cuello

La puntuación del cuello se obtiene a partir de la flexión/extensión medida por el ángulo formado por el eje de la cabeza y el eje del tronco. La Figura 10 muestra las referencias para realizar la medición. La puntuación del cuello se obtiene mediante la Tabla 8.

| Posición | Puntuación |
|---------------------------------------|------------|
| Flexión entre 0° y 10° | 1 |
| Flexión $>10^\circ$ y $\leq 20^\circ$ | 2 |
| Flexión $>20^\circ$ | 3 |
| Extensión en cualquier grado | 4 |

Tabla 8. Puntuación del cuello.

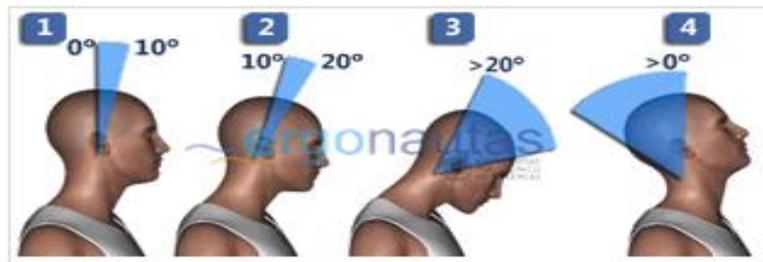


Figura 10. Medición del ángulo del cuello.

La puntuación obtenida de esta forma valora la flexión del cuello. Esta puntuación será aumentada en un punto si existe rotación o inclinación lateral de la cabeza. Ambas circunstancias pueden ocurrir simultáneamente, por lo que la puntuación del cuello puede aumentar hasta en dos puntos. Si no se da ninguna de estas circunstancias la puntuación del cuello no se modifica. Para obtener la puntuación definitiva del cuello puede consultarse la Tabla 9 y la Figura 11.

| Posición | Puntuación |
|--------------------------------|------------|
| Cabeza rotada | +1 |
| Cabeza con inclinación lateral | +1 |

Tabla 9. Modificación de la puntuación del cuello.



Figura 11. Modificación de la puntuación del cuello.

Puntuación del tronco

La puntuación del tronco dependerá de si el trabajador realiza la tarea sentada o de pie. En este último caso la puntuación dependerá del ángulo de flexión del tronco medido por el ángulo entre el eje del tronco y la vertical. La Figura 12 muestra las referencias para realizar la medición. La puntuación del tronco se obtiene mediante la Tabla 10.

| Posición | Puntuación |
|------------------------------------------------------------------|------------|
| Sentado, bien apoyado y con un ángulo tronco-caderas $>90^\circ$ | 1 |
| Flexión entre 0° y 20° | 2 |
| Flexión $>20^\circ$ y $\leq 60^\circ$ | 3 |
| Flexión $>60^\circ$ | 4 |

Tabla 10. Puntuación del tronco.

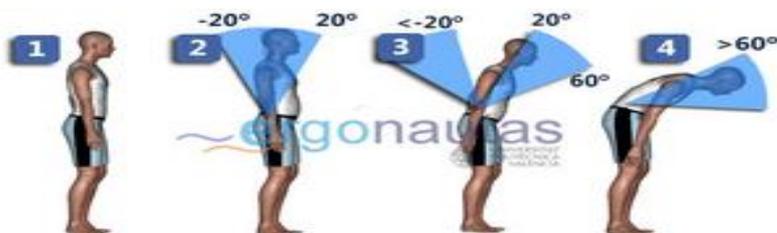


Figura 12. Medición del ángulo del tronco.

El puntaje obtenido se valora en función a la flexión del tronco. Este puntaje será aumentado en un punto si existe rotación o inclinación lateral del tronco. Estas dos circunstancias pueden darse en simultáneamente, por lo que la puntuación del tronco puede aumentar hasta en dos puntos, si no se da ninguna de estas circunstancias el puntaje del tronco no se modifica. Para obtener la puntuación definitiva del tronco puede consultarse la Tabla 11 y la Figura 13.

| Posición | Puntuación |
|--------------------------------|------------|
| Tronco rotado | +1 |
| Tronco con inclinación lateral | +1 |

Tabla 11. Modificación de la puntuación del tronco.



Figura 13. Modificación de la puntuación

Puntuación de las piernas

El puntaje de las piernas dependerá de la distribución del peso entre las mismas, los apoyos existentes y si la posición es sedente. El puntaje de las piernas se obtiene mediante la Tabla 12

| Posición | Puntuación |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Sentado, con piernas y pies bien apoyados | 1 |
| De pie con el peso simétricamente distribuido y espacio para cambiar de posición | 1 |
| Los pies no están apoyados o el peso no está simétricamente distribuido | 2 |

Tabla 12. Puntuación de las piernas.



Figura 14. Puntuación de las piernas.

7.1.3.4 Puntuación de los Grupos A y B

Los resultados de cada uno de los miembros que conforman los Grupos A y B se calculará las puntuaciones globales de cada Grupo. Para obtener la puntuación del Grupo A se empleará la Tabla 13, mientras que para la del Grupo B se utilizará la Tabla 14.

| | | Muñeca | | | | | | | |
|-------|-----------|----------------|---|----------------|---|----------------|---|----------------|---|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| | | Giro de Muñeca | | Giro de Muñeca | | Giro de Muñeca | | Giro de Muñeca | |
| Brazo | Antebrazo | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 |
| | 2 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| | 3 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 6 | 1 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 9 |
| | 2 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 |
| | 3 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

Tabla 13. Puntuación del Grupo A.

| | Tronco | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | |
| | Piernas | | Piernas | | Piernas | | Piernas | | Piernas | | Piernas | |
| Cuello | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 |
| 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

Tabla 14. Puntuación del Grupo B.

7.1.3.5 Puntuación final

Los puntajes globales de los Grupos A y B consideran la postura del trabajador. A continuación, se valorará el carácter estático o dinámico de la misma y las fuerzas ejercidas durante su adopción.

El puntaje de los Grupos A y B aumentarán en un punto si la tarea realizada es estática (la postura se mantiene más de un minuto seguido) o bien si es repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto). Si la tarea es ocasional, poco frecuente y de corta duración, se considerará actividad dinámica y las puntuaciones no se modificarán (Tabla 15).

Por otro lado, se aumentarán los puntajes anteriores en función de las fuerzas ejercidas. La Tabla 16 muestra el incremento en función de la carga soportada o fuerzas ejercidas.

El puntaje de los Grupos A y B, aumentarán por los puntajes correspondientes al tipo de tarea y las cargas o fuerzas ejercidas pasarán a nombrarse puntaje C y D respectivamente.

Estos dos puntajes permiten obtener la puntuación final del método empleando la Tabla 17. Esta puntuación final global para la tarea oscilará entre 1 y 7, siendo mayor cuanto más elevado sea el riesgo.

| Tipo de actividad | Puntuación |
|---------------------------------------------------|------------|
| Estática (se mantiene más de un minuto seguido) | +1 |
| Repetitiva (se repite más de 4 veces cada minuto) | +1 |
| Ocasional, poco frecuente y de corta duración | 0 |

Tabla 15. Puntuación por tipo de actividad.

| Carga o fuerza | Puntuación |
|----------------------------------------------------|------------|
| Carga menor de 2 Kg. mantenida intermitentemente | 0 |
| Carga entre 2 y 10 Kg. mantenida intermitentemente | +1 |
| Carga entre 2 y 10 Kg. estática o repetitiva | +2 |
| Carga superior a 10 Kg mantenida intermitentemente | +2 |
| Carga superior a 10 Kg estática o repetitiva | +3 |
| Se producen golpes o fuerzas bruscas o repentinas | +3 |

Tabla 16. Puntuación por carga o fuerzas ejercidas.

| Puntuación C | Puntuación D | | | | | | |
|--------------|--------------|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 |
| 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 |
| 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 |
| 6 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| 7 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |

(*) Si la puntuación D es mayor que 7 se empleará la columna 7.

Tabla 17. Puntuación Final RULA.

7.1.3.6 Nivel de Actuación

Obtenido el puntaje final la Tabla 18 donde se propone diferentes niveles de actuación sobre el puesto de trabajo.

Las puntuaciones de cada miembro y grupo, así como las puntuaciones de fuerza y actividad muscular, indicarán al evaluador los aspectos en los que actuar para mejorar el puesto.

Finalmente, la figura 15 resume el proceso de obtención del nivel de actuación en el método Rula.

| Puntuación | Nivel | Actuación |
|------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 o 2 | 1 | Riesgo Aceptable |
| 3 o 4 | 2 | Pueden requerirse cambios en la tarea; es conveniente profundizar en el estudio |
| 5 o 6 | 3 | Se requiere el rediseño de la tarea |
| 7 | 4 | Se requieren cambios urgentes en la tarea |

Tabla 18. Niveles de actuación según la puntuación final obtenida.



Figura 15. Esquema de puntuaciones

7.1.4 RULA OFFICE (PVD)

Para determinar nivel de riesgo ergonómico para el personal administrativo se toma como referencia lo publicado por Lueder (1996) el cual afirma:

El método llamado como Rula Office, es una variante del método Rula para evaluar posturas sedentes, principalmente frente a pantallas de visualización de datos.

El método Rula Office evalúa posturas concretas; principalmente aquellas que supongan una carga postural más elevada. Para evaluar el riesgo por postura forzada con este método se debe iniciar con la observación de las tareas de las personas que utiliza equipo PVD durante varios ciclos de trabajo. Con ello se elegirá las tareas y posturas más significativas, puede ser por su duración o por presentar una mayor carga postural y éstas serán las que van a evaluar.

Las mediciones que se realizarán a las posturas adoptadas son principalmente angulares (los ángulos que forman los diferentes miembros del cuerpo respecto de determinadas referencias en la postura estudiada).

El método Rula Office divide el cuerpo en dos grupos, el grupo A que incluye los miembros superiores (brazos, antebrazos y muñecas) y el grupo B (piernas, el tronco y el cuello). Mediante el uso de las tablas establecidas en el método se asignarán puntajes en cada sección del cuerpo para tener en global el puntaje final para grupo A y grupo B.

El método Rula Office inicia con la evaluación con el grupo A de los miembros superiores (brazos, antebrazos y muñecas).

7.1.4.1 Puntuación del Grupo A

Puntuación del Brazo

Para determinar la puntuación se medirá el ángulo formado con respecto al eje del tronco, la figura 16 se muestra las diferentes posturas que considera el método:

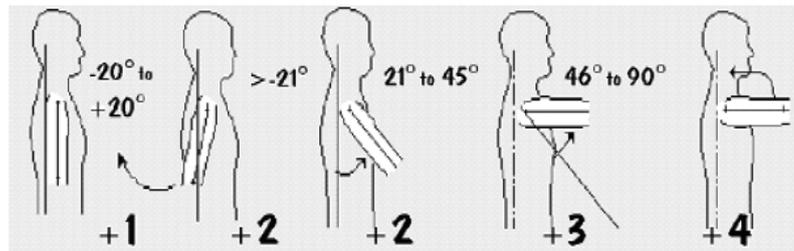


Figura 16. Posición del brazo

| Puntos | Posición |
|--------|-----------------------------------------|
| 1 | desde 20° de extensión a 20° de flexión |
| 2 | extensión > -21° |
| 2 | flexión entre 21° y 45° |
| 3 | flexión entre 46° y 90° |
| 4 | flexión >90° |

Tabla 19. Puntuación por Postura de Brazo

La puntuación máxima será 6 y se podrá modificar según:

- Brazos apoyados, restarle uno (-1).
- Brazos alejados del cuerpo (en abducción), sumarle uno (+1).
- Trabajar con los hombros levantados o uso prolongado del teléfono en promedio de al menos 10 minutos/ Hora. Y a veces crujir el cuello cuando se habla por teléfono (+1 punto para cualquiera de estas condiciones).

Puntuación del Antebrazo

La puntuación que se asignará será de igual manera según su posición. En el gráfico 3 y en la tabla 20 nos indica las diversas posturas con su puntuación.

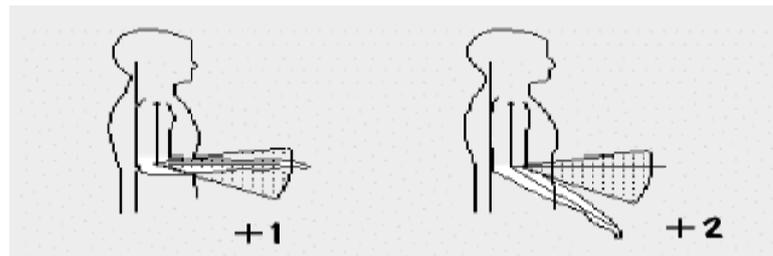


Figura 17. Posición del antebrazo

| Puntos | Posición |
|--------|------------------------------------|
| 1 | Flexión entre 60° y 100° |
| 2 | Flexión menor a 60° y mayor a 100° |

Tabla 20. Puntuación por Postura de Antebrazo

La puntuación máxima será 3 y se podrá modificar según las siguientes posiciones:

- Antebrazos aproximadamente paralelos, restarle uno (- 1)
- Brazos cruzados con la línea central de cuerpo (en aducción) o hacia un lado (en abducción), sumarles uno (+1).
- Sentado con el teclado bajo y pendiente negativa, restarle (-1).

Puntuación del Muñeca

Se determinará el grado de flexión. La figura 18 pauta las posibles posturas que se deben considerar con sus puntuaciones en la tabla 21 siguiente:

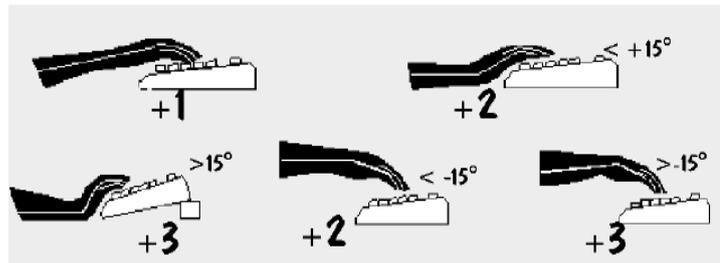


Figura 18. Posición de la muñeca

| Puntos | Posición |
|--------|-----------------------------------------------|
| 1 | Si está en posición neutra respecto a flexión |
| 2 | Si está flexionada o extendida entre 0° y 15° |
| 3 | Para flexión o extensión mayor de 15° |

Tabla 21. Puntuación por Posición de la Muñeca

La puntuación máxima será 6 puntos y se podrá modificar según las siguientes posiciones:

- Muñeca inclinada fuera de la línea central del cuerpo (cubital / radial), sumarle uno (+1).
- Muñeca neutral o retorcido a medio alcance (rotación de la muñeca), sumarle uno (+1).
- Muñeca retorcida cerca del máximo (rotación máxima de muñeca), sumarle dos (+2).
- Bajo consideración: si el teclado es inestable ó se bambolea ó está en una plataforma irregular, sumarle uno (+1).

Con las puntuaciones de brazo, antebrazo y muñeca, se utilizará la siguiente tabla para signar una puntuación general del grupo A.

| PUNTUACIÓN DE MUÑECAS | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | |
| Brazo | Antebrazo | Neutr | Retor | Neutr | Retor | Neutr | Retor | Neutr | Retor |
| | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| 2 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 |
| | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| | 2 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 |
| | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 |
| | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 |
| 5 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 |
| | 2 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| | 3 | 6 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 |
| 6 | 1 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 9 |
| | 2 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 |
| | 3 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

Tabla 22. Brazos, antebrazos y muñecas

Luego de terminar de calcular el puntaje del Grupo A, continuamos con la evaluación del Grupo B.

7.1.4.2 Puntuación del Grupo B

Puntuación del cuello

En la figura 19 se muestra las diferentes posiciones del cuello y en la tabla siguiente se presentan las diversas puntuaciones.

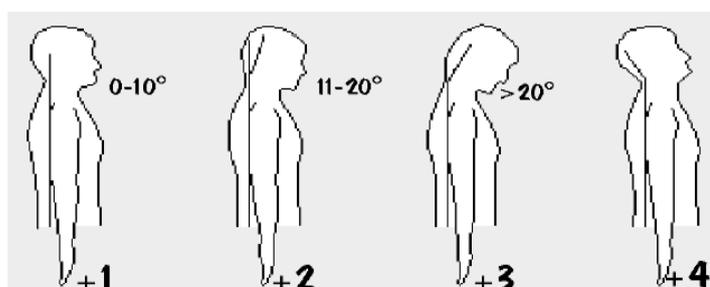


Figura 19. Posición del cuello

| Puntos | Posición |
|--------|------------------------------------|
| 1 | Si existe flexión entre 0° y 10° |
| 2 | Si está flexionado entre 11° y 20° |
| 3 | Para flexión mayor de 20° |
| 4 | Si está extendido |

Tabla 23. Puntuación por Posición del Cuello

La puntuación máxima será 6 puntos y se podrá modificar según las siguientes posiciones:

- Cuello torcido (en rotación), sumarle uno (+1).
- Cuello inclinado hacia un lado (lateralización del cuello), sumarle uno (+1). Cuando se encuentra hablando por teléfono (promedio de al menos 10 minutos/ Hora).

Puntuación del tronco

La puntuación se calculará en función al grado de flexión del tronco tomando en cuenta la figura 20 y tabla 24.

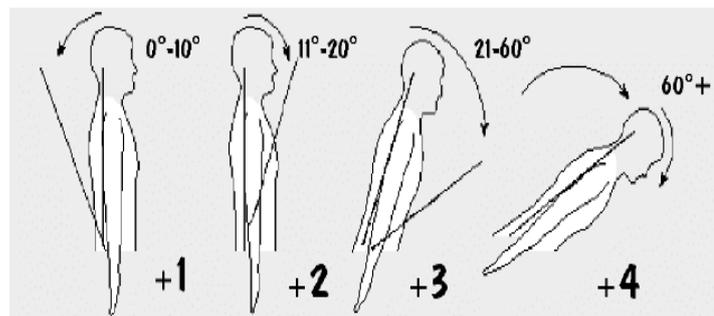


Figura 20. Posición del tronco

| Puntos | Posición |
|--------|------------------------------------|
| 1 | Si existe flexión entre 0° y 10° |
| 2 | Si está flexionado entre 11° y 20° |
| 3 | Si está flexionado entre 21° y 60° |
| 4 | Si está flexionado >60° |

Tabla 24. Puntuación por Posición del Tronco

La puntuación máxima será 6 puntos y se podrá modificar según las siguientes posiciones:

- Tronco torcido (en rotación), sumarle uno (+1).
- Tronco inclinado a un lado (lateralización de tronco), sumarle uno (+1).

Puntuación de piernas

Se determinará la puntuación según la distribución del peso entre las piernas, los apoyos existentes y la posición sentada o de pie, de la siguiente manera:

- Piernas sentadas / pies sostenidos + balanceo de piernas, sumarle uno (+1).
- De pie / pies sostenidos +balanceo, sumarle uno (+1).
- Piernas y pies sin soporte o balanceo irregular, sumarle dos (+2).

Se obtendrá una puntuación general para el grupo B según la siguiente tabla.

| | PUNTUACIÓN DE TRONCO | | | | | | | | | | | |
|--------|----------------------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|---------|---|
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | |
| | Piernas | | Piernas | | Piernas | | Piernas | | Piernas | | Piernas | |
| Cuello | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 |
| 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 |
| 4 | 5 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 |
| 5 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 6 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |

Tabla 25. Puntuación Cuello, tronco y piernas

Puntuación del tipo de actividad muscular desarrollada y la fuerza aplicada

Puntuación obtenida por utilización de músculos

Si el personal tarda más de dos horas de tiempo en la computadora sin ponerse de pie, se debe sumar uno (+1).

Puntuación máxima de utilización de músculos = 1 punto.

Puntuación obtenida por Fuerza:

Si el personal mantiene durante el día de trabajo usando la computadora:

- ≥ 4 hr. y ≤ 6 hr; sumarle uno (+1).
- > 6 hr. / día; sumarle dos (+2).
- Puntuación máxima por fuerza / carga = 2 puntos.

7.1.4.3 Puntuación Final

Se establece como X la puntuación obtenida de sumar el grupo A, la actividad muscular y a las fuerzas aplicadas. Se establece como Y la puntuación obtenida de sumar el grupo B, la actividad muscular y las fuerzas aplicadas, según lo indicado en la siguiente tabla:

| | |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valor X | Puntuación tabla A + puntuación obtenida por utilización de músculos + puntuación obtenida por fuerza |
| Valor Y | Puntuación tabla B + puntuación obtenida por utilización de músculos + puntuación obtenida por fuerza |

Tabla 26 Cálculo de valor Puntuación X y Y

Se obtendrá una puntuación final global a partir de las puntuaciones X y Y que será entre 1 y 7, siendo más elevado cuanto mayor sea el riesgo de lesión. La puntuación final se obtendrá de la siguiente tabla:

| Puntuación Y | Puntuación X | | | | | | | | |
|--------------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 |
| 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 6 | 4 | 4 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 7 | 5 | 5 | 6 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 8 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| 9 | 5 | 5 | 6 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |

Tabla 27. Puntuación Total

El valor final obtenido es proporcional al riesgo, es decir, valores altos indican mayor riesgo de aparición de lesiones músculo esqueléticas. El método clasifica las puntuaciones finales en niveles de actuación:

| NIVEL | RECOMENDACIONES |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 y 2 | Postura aceptable si no se mantiene por periodos de tiempo prolongados. |
| 3y 4 | Se requiere una investigación más detallada y realizar mejoras administrativas. |
| 5 y 6 | Se requieren nuevas investigaciones, soluciones administrativas y mejoras de ingeniería lo antes posible. |
| 7 | Situación inaceptable. Rediseño inmediato. |

Tabla 28. Recomendaciones según el nivel obtenido

7.1.5 ISO 12226 Evaluación de posturas de trabajo estáticas.

Para el estudio bajo la metodología RULA PVD (Office) se tomará como referencia para el cálculo de los ángulos los puntos determinados en la ISO 12226 Evaluación de posturas de trabajo estáticas, donde se menciona a detalle los puntos a considerar para determinar los ángulos de inclinación.

El procedimiento de evaluación considera varios segmentos del cuerpo y articulaciones de forma independiente en uno o dos pasos. El primer paso considera solo los ángulos del cuerpo (las recomendaciones se basan principalmente en los riesgos de

sobrecarga de las estructuras corporales pasivas, como los ligamentos, el cartílago y los discos intervertebrales).

7.1.5.1 Postura del tronco

La postura del tronco debe evaluarse considerando la inclinación del tronco considerando los puntos mostrados en la figura 16.

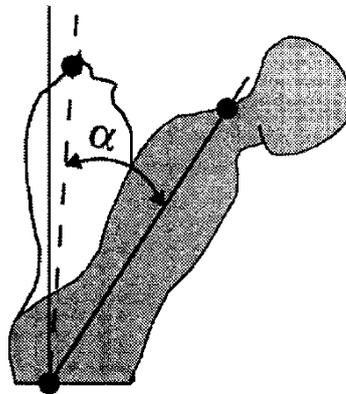


Figura 21: Inclinación del tronco

7.1.5.2 Postura de la cabeza

La postura de la cabeza debe evaluarse considerando la inclinación de la cabeza, así como la postura de la cabeza con respecto a la postura del tronco considerando los puntos mostrados en la figura 17.

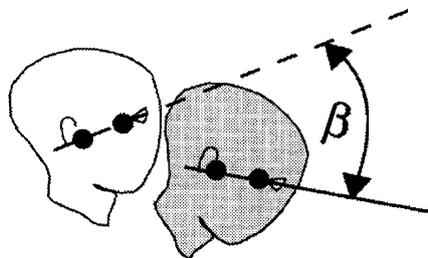


Figura 22: Inclinación de la cabeza

NOTA: Las líneas rectas no son líneas de visión, sino líneas a través de los puntos utilizados para la medición.

7.1.5.3 Postura de hombros y parte superior del brazo

La postura del hombro y la parte superior del brazo debe evaluarse considerando los puntos mostrados en la figura 18.

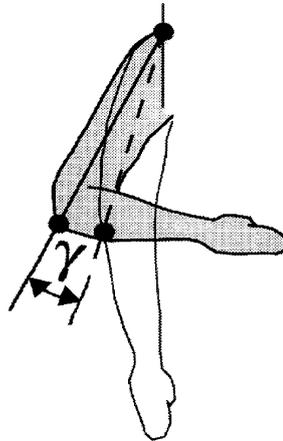


Figura 23: Elevación de la parte superior del brazo.

7.1.5.4 Postura del antebrazo y la mano

La postura del antebrazo y la mano debe evaluarse considerando los puntos mostrados en la figura 19.

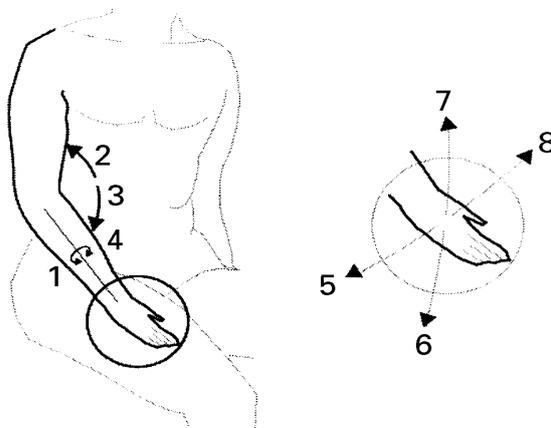


Figura 24: Postura del antebrazo y la mano

7.1.5.5 Cálculo del Ángulo del Cuello

Para el cálculo del ángulo de inclinación del cuello se obtiene restando el ángulo de inclinación de la cabeza menos el ángulo de inclinación del tronco, esto explicado en el siguiente ejemplo en la ISO 11226.

Se tiene dos segmentos del cuerpo el tronco y la cabeza, para el cálculo del ángulo se inicia marcando dos puntos en el tronco, punto denotado T1 ubicado en el borde superior del trocánter mayor, y T2 en el proceso espinoso de la 7ª vértebra cervical, junto con dos puntos en la cabeza, considerando el punto H1 ubicado cerca del lóbulo de la oreja y H2 ubicado cerca de la esquina lateral del ojo.

El siguiente paso consiste en medir el ángulo entre la vertical y la línea a través del segmento del cuerpo (T1-T2 y H1-H2 para el tronco y cabeza respectivamente) en la postura de referencia (ver figura 25.a). El segundo paso consiste en medir el ángulo entre la vertical y la línea a través del mismo segmento (T1-T2 y H1-H2 para el tronco y la cabeza respectivamente) en la postura durante la ejecución de la tarea. En el tercer paso, la inclinación del segmento del cuerpo (denotado α para el tronco y β para la cabeza) se calcula como la diferencia entre el ángulo en la postura de referencia y el ángulo en la postura durante la ejecución de la tarea.

Finalmente, la flexión/extensión del cuello (es decir, la posición de la cabeza con respecto al tronco) se calcula como la diferencia entre la inclinación de la cabeza y la inclinación del tronco (denotada $\beta - \alpha$).

A continuación, se muestra un ejemplo de cálculos angulares según ISO 11226.

El ángulo entre la línea vertical y la línea discontinua T1-T2 en la postura de referencia es de 4° (figura 25.a), mientras que el ángulo entre la línea vertical y la línea sólida T1-T2 en la postura durante la ejecución de la tarea es de 33° (figura 25.b). Aplicando la resta es igual a 29° (33° - 4°).

El ángulo entre la línea vertical y la línea discontinua H1-H2 en la postura de referencia es de 71° (ver figura 25.a), mientras que, el ángulo entre la línea vertical y la línea sólida H1-H2 en la postura de trabajo es de 140° . Por lo tanto, la inclinación de la cabeza es igual a 69° ($140^\circ - 71^\circ$).

La flexión del cuello (es decir, la inclinación de la cabeza menos la inclinación del tronco es igual a 40° (es decir, $69^\circ - 29^\circ$).

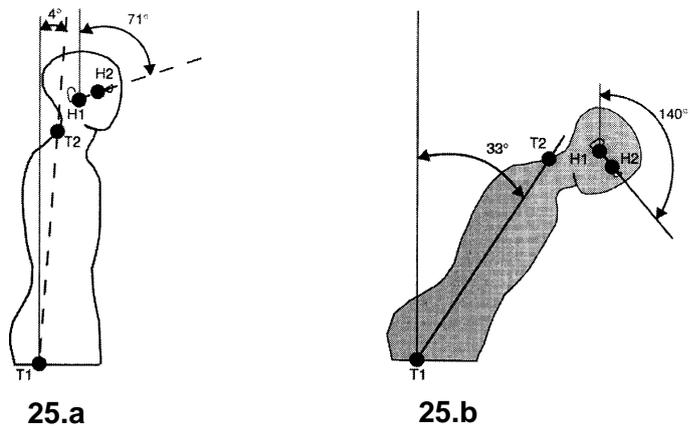


Figura 25: Inclinación de la cabeza y del tronco

7.2 MARCO LEGAL

- ✓ Ley 29783 “Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo” y su reglamento D.S. 005-2012-TR.
Título V, Capítulo I, Art 49, inciso a, El empleador tiene la obligación de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en el desempeño de todos los aspectos relacionados con su labor en el centro de trabajo o con ocasión del mismo.
- ✓ Reglamento de Seguridad Industrial D.S N° 42 – F
Título Primero, Capítulo II, Sección Primera, Art. 30, Las Empresas industriales están obligadas a instruir a sus trabajadores respecto a los riesgos a que se encuentran expuestos adoptando las medidas necesarias para evitar accidentes y daños a la salud.
- ✓ RM-375-2008-T Norma Básica de Ergonomía y de Procedimiento de Evaluación de Riesgo Disergonómico.
El objetivo de esta norma es que las empresas puedan aplicar las normas mencionadas para adaptar las condiciones de trabajo a las características físicas y mentales del trabajador, con el fin de proporcionarles bienestar, seguridad.
- ✓ La Constitución Política del Estado 1993, Art 22°. “El trabajo es un deber y un derecho, es base del bienestar social y un medio de realización de la persona.
- ✓ Ley General de Salud N° 26842.
- ✓ Ley General de Industrias N° 23407.
- ✓ R.M 480 – 2008: Listado de enfermedades profesionales.
- ✓ R.M 312 – 2011/ MINSA: “protocolos de exámenes médicos ocupacionales y guías de diagnóstico de los exámenes médicos obligatorios por actividad” y su modificatoria RM N°004 – 2014.
- ✓ R.M 972-2020/MINSA “Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a SARS-CoV-2”
- ✓ R.M 050– 2013 MINTRA Registros del SGSST.

8 CAPÍTULO VIII: METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

Para el presente proyecto de investigación se tomará como muestra 25 trabajadores del área administrativa en la sede Ate, el cual representa el 90% de todo el personal administrativo el 10% restante son itinerantes (ingresan eventualmente a la empresa).

8.1 Recolección de Información.

La primera información será obtenida mediante el cuestionario nórdico, que a su vez será adicionado preguntas que nos ayudará a conocer las condiciones y percepciones del personal administrativo en la empresa y durante sus trabajos remoto durante la cuarentena (información sobre puesto de trabajo, tiempo en su cargo, horarios, pausas en actividades, incidencias o molestias presentes o presentados, estilo de vida, hábitos en su actividad, entre otros), Ver anexo del 1 al 27.

8.2 Inspección In Situ y Entrevistas:

- a) Se realizará observaciones en las todas las áreas administrativas al espacio físico, puesto de trabajo y las posturas que adopta el personal.
- b) Se utilizará como soporte cualitativo los criterios de evaluación de la metodología ROSA como guía para obtener información de las características de los equipos, posturas, características del mobiliario de oficina y mediciones antropométrica. Esta metodología toma consideración a la desviación existente entre las características del puesto evaluado y las de un puesto de oficina de características ideales.
- c) Se realizará revisión sobre el funcionamiento de los equipos utilizados por el personal administrativo y mediciones de los mobiliarios.

8.3 Aplicación de la Metodologías para evaluar el riesgo por posturas forzadas.

a. Para validar que el personal este expuesto a riesgo ergonómico por postura forzadas se utiliza la normativa ISO TR 12295.

b. Se aplicará la evaluación de las posturas forzadas con la metodología RULA Office (previa identificación durante las inspecciones in Situ) para determinar el nivel de riesgo expuesto el personal administrativo, asimismo se realizará entrevista con el personal para identificar las causas que generan que adopte esa postura.

Para el cálculo de los ángulos de inclinación se realizará considerando los puntos y procedimiento establecido por la ISO 11226.

8.4 Análisis de la información obtenida.

Los resultados se recolectarán y organizarán en una base de datos Excel, posterior a ello mediante la aplicación de cálculos estadísticos Chi Cuadrado.

Se aplicará una confiabilidad del 95% para establecer la existencia de una correlación de los síntomas presentados por el personal respecto a los niveles de riesgo obtenido mediante el método RULA Office.

Se realizará comparación de Xi Cuadrado experimental con el Xi cuadrado estadístico crítico, para determinar la correlación se utilizará la siguiente hipótesis nula e hipótesis alternativa. (Pita y Pértega, 2004).

Hipótesis nula (Ho1): El nivel de riesgo RULA Office no está asociado con el dolor músculo esquelético sentido por el personal del administrativo, es decir existe independencia entre estas variables.

Hipótesis alternativa (HA1): El nivel de riesgo RULA Office está asociado con el dolor músculo esquelético sentido por el personal del administrativo, es decir existe correlación entre estas variables.

8.5 Recomendaciones.

Posterior a mencionar las conclusiones obtenidas del resultado, se establecerá las medidas de control y un plan de acciones para disminuir el riesgo y la aparición de Lesiones Músculo Esquelético priorizando los niveles más críticos.

9 CAPÍTULO IX: CÁLCULOS, APLICACIÓN Y OBTENCIÓN DE RESULTADOS

9.1 Situación Ergonómica de la Empresa Metalmecánica.

La empresa metalmecánica dedicada a la fabricación de equipos para la minería cuenta con personal administrativo y personal operativo realizando sus actividades en las instalaciones. Esto aplicando con todas las medidas de bioseguridad para la prevención de contagio frente al covid -19.

Por la actividad de la empresa ligada a la minería, el personal administrativo siguió trabajando durante todo el periodo de cuarentena desde sus respectivas casas y meses después de manera progresiva estuvieron reincorporándose en los trabajos presenciales.

Durante los procesos de reincorporación se presentaba reportes de personal que durante sus trabajos en oficinas y anteriormente en los trabajos remotos presentaron molestias en ciertas partes de su cuerpo por ejemplo (hombros, cuello, muñeca, codos, etc.). Siendo estos indicios de presentar síntomas de trastorno músculo esquelético.

Por otra parte, la nueva distribución del personal y su equipo mobiliario fue realizado solo considerando establecer la prevención de contagio en el personal frente al covid-19 mas no considerando el factor ergonómico para la prevención de lesiones pudiendo esto aumentar el riesgo de presentar lesiones músculo esqueléticas en el personal administrativo.

Revisando los documentos de gestión las distribuciones y adquisición de mobiliario para el personal administrativo no se ha encontrado evidencia de haberse realizado un estudio ergonómico para las tareas que realiza el personal y asimismo los monitoreos ergonómicos realizados por consultoras externas no contempla la evaluación completa de las tareas, basándose solo en una evaluación puntual que realiza en la visita del monitor.

9.2 Descripción de los procesos Administrativo.

En el proceso productivo de la empresa metalmecánica tiene como proceso de soporte las áreas administrativas cuyas actividades en muchos casos son determinantes para conseguir los objetivos de los procesos enfocados a cubrir necesidad y expectativas del personal propio y de los clientes.

El área administrativa de la empresa metalmecánica está conformada por el área de Contabilidad, Gestión de Tecnología de información, Marketing, Ventas, Tesorería, Recursos Humanos, entre otros donde el mayor tiempo del día laboral el personal realiza sus actividades mediante el uso de un equipo de cómputo (laptop) para la recolección, analizar, estimar, recepción y/o alimentar de información que serán utilizadas por otras áreas, por un proveedor, cliente o por una entidad del estado

Para efecto de esta evaluación se analizarán las tareas y sub tareas realizadas en las áreas administrativas de Ventas, Tecnología de Información, Tesorería y Contabilidad por ser las más representativas debido a que los siguientes motivos:

- Más del 80% de las horas trabajadas están sentados utilizando sus equipos de cómputo.
- La cantidad de personas evaluadas representa 90% de total de personal administrativo destinado a la sede Ate.
- Las personas evaluadas siguieron trabajando de forma remota al igual que las otras áreas administrativas de la sede Huachipa, lo cual estos resultados podrían servir como información referencial para realizar un estudio ergonómico de posturas forzadas.

9.2.1 Principales funciones de las áreas administrativas evaluadas.

- 1) **Área de Ventas:** Encarga de gestionar la atención de las necesidades de los clientes tales como reparación, venta de repuesto, servicio de operaciones del equipo en mina, capacitaciones y servicio de garantía.
- 2) **Área de Contabilidad:** Encargada de registrar, clasificar y resumir la información de cada una de las transacciones económicas por la empresa.
- 3) **Área Tesorería:** Encargada de gestionar las acciones relacionadas con las operaciones de flujos monetarios, gestiones bancarias y cajas como el pago de gastos realizados por personal propio a nombre de la empresa.
- 4) **Área de Tecnología de Información:** Encarga de mantener el sistema tecnológico en funcionamiento tanto a nivel de software y hardware, así como implementaciones y soporte asistencial ante fallas de nuevos aplicativos, softwares enfocados a mejorar el proceso operacional.

Población evaluada

| Área Administrativa | Número de personas evaluadas |
|-----------------------------------|------------------------------|
| Área de Ventas | 7 personas |
| Área de Contabilidad | 10 personas |
| Área Tesorería: | 2 personas |
| Área de Tecnología de Información | 6 personas |

Tabla 29: Distribución de personas por áreas.

9.2.2 Descripción general del personal administrativos

Cada área administrativa realiza sus propias funciones relacionado a los objetivos propios establecidos en la organización.

Para el presente estudio enfocado a evaluar las posturas forzadas mientras realizan sus funciones, las tareas que realizan es la misma independientemente del área debido a que todo el personal administrativo utiliza un equipo de cómputo, una silla ergonómica, revisa documento y se mantiene sentado por más del 80% de las horas que trabaja diariamente en la empresa.

Tareas comunes que realiza todo el personal administrativo a evaluar.

1. Recepción de Información: Esto puede ser virtual o físico, involucra leer e interpretar la información para luego subirlo alguna información al sistema de la empresa.
2. Digitación de Datos: Uso del teclado para alimentar información al sistema de la empresa
3. Visualización de Información: Uso de monitor para visualizar la información digital.
4. Manejo del entorno gráfico de pantalla: Uso de mouse para la selección, ubicación, facilitador de las operaciones para el uso de la computadora.



Para este estudio se tiene como concepto:

- a) **Área de Trabajo:** Ambiente de una empresa donde se lleva a cabo un subproceso.
- b) **Puesto de Trabajo:** Es un conjunto de tareas que son realizadas por una persona
- c) **Tarea:** Descripción de las labores que hace una persona.

A continuación, se detalla los puestos de trabajo en relación con su respectiva codificación, sexo, edad y las actividades que realizan y los controles ergonómicos aplicados en la empresa metalmecánica.

| N° | CÓDIGO | ÁREA | PUESTO DE TRABAJO | SEXO | EDAD | ANTIGÜEDAD AÑOS (PUESTO - EMPRESA) | | ACTIVIDADES |
|----|--------|----------------------------------|---------------------------------|------|------|---------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | CT .1 | CONTABILIDAD | Asistente Contable | M | 37 | 8 | 8 | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos: Visualizar correos e informaciones para registrar, clasificar y resumir documentacion sobre transacciones económicas) |
| 2 | CT .2 | | Analista de Controlling | M | 26 | 6 | 2 | |
| 3 | CT .3 | | Asistente Contable | M | 32 | 9 | 9 | |
| 4 | CT .4 | | Analista de Controlling | M | 36 | 10 | 4 | |
| 5 | CT .5 | | Auxiliar Contable | M | 41 | 13 | 13 | |
| 6 | CT .6 | | Analista de Controlling | M | 37 | 11 | 11 | |
| 7 | CT .7 | | Practicante | M | 25 | 0.3 | 0.3 | |
| 8 | CT .8 | | Analista de Controlling | M | 41 | 15 | 5 | |
| 9 | CT .9 | | Analista Contable | F | 47 | 15 | 15 | |
| 10 | CT .10 | | Analista Contable | M | 35 | 10 | 5 | |
| 11 | TI. 1 | TECNOLOGIA DE INFORMACION | Programador de sistemas Junior | M | 29 | 3 | 3 | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos para soporte, mantenimiento de sistema digital a nivel de software y hardware). |
| 12 | TI. 2 | | Analista Data Maestra | M | 31 | 1 | 7 | |
| 13 | TI. 3 | | Analista de Sistemas | M | 35 | 5 | 1 | |
| 14 | TI.4 | | Asistente T.I | F | 25 | 5 | 1 | |
| 15 | TI.5 | | Asistente de proyecto de mejora | M | 33 | 8 | 8 | |
| 16 | TI.6 | | Asistente de Sistemas | F | 25 | 3 | 3 | |
| 17 | TS. 1 | TESORERIA | Asistente Tesoreria | M | 25 | 3 | 1 | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos para registrar informacion sobre operaciones y flujos monetarios realizados) |
| 18 | TS. 2 | | Auxiliar Tesoreria | F | 43 | 6 | 6 | |
| 19 | VR. 1 | VENTAS | Jefe de Repuesto y Ventas | M | 49 | 27 | 27 | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos para gestion documentaria, registrar, analizar y coordinar servicios operacionales. |
| 20 | VR. 2 | | Asistente de Ventas | M | 38 | 10 | 5 | |
| 21 | VR. 3 | | Administrador | M | 35 | 9 | 9 | |
| 22 | VR. 4 | | Venta de Respuesto | M | 30 | 11 | 3 | |
| 23 | VR. 5 | | Asistente de Ventas | F | 33 | 10 | 1 | |
| 24 | VR. 6 | | Asistente de Ventas | M | 30 | 6 | 1 | |
| 25 | VR. 7 | | Administrador | M | 32 | 10 | 10 | |

Tabla 30: Distribución de los puestos de trabajo y actividades.

9.2.3 Controles de Seguridad Existente en Area Administrativa

En las visitas in situ de entrevista e inspección de las tareas que realiza el personal administrativo se identificaron los siguientes controles implementados de seguridad para prevenir lesiones por riesgo ergonómico, sin embargo se observa desigualdad de los controles implementados para estos puestos.

| CONTROLES EXISTENTES | TIPO DE CONTROL | COMENTARIO |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sillas ergonómicas. | Ingeniería | - Sillas con desperfectos funcionales. - Algunas sillas no acordes a la antropometría del personal administrativo. |
| Kit Ergonómico (Cooler, teclado, pack mouse) | Ingeniería | - No todo personal administrativo se fue asignado el kit ergonómico. |
| Capacitaciones en Ergonomía. | Administrativo | - Se observa posturas y prácticas no ergonómicas en la postura durante uso de la laptop. |
| Inspecciones de Seguridad | Administrativo | - Se realiza inspecciones de seguridad según lo establecido su programa. |
| Monitoreo Ocupacional (Ergonomía, Psicosocial, Iluminación, etc) | Administrativo | - Se realiza el monitoreo ocupacional según lo establecido su programa. |
| Pausas Activas | Administrativo | - No se evidencia la realización de pausas activas en el personal administrativo. |
| Charlas de seguridad | Administrativo | - Se realiza las charlas según lo establecido su programa. |

Tabla 31. Característica de los controles implementados en la empresa.

9.2.4 Identificación si existe el peligro por posturas forzadas en base ISO TR 12295.

Para la identificación del riesgo por postura forzada, se utiliza la normativa internación ISO TR 12295 para determinar de manera cualitativa la exposición a postura forzada, para ello se revisó si el personal permanece como mínimo más de 4 segundo consecutivos en una postura estática del tronco, extremidades y/o cuello, estos resultados mostrados en la tabla 32.

| N° | CÓDIGO | ÁREA | PUESTO DE TRABAJO | ACTIVIDADES | EXPOSICIÓN A POSTURAS FORZADAS | OBSERVACIÓN |
|----|--------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | CT .1 | CONTABILIDAD | Asistente Contable | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos: Visualizar correos e informaciones para registrar, clasificar y resumir documentacion sobre transacciones económicas) | SI | Existen posturas estaticas por mas de 4 segundos consecutivos del tronco, extremidades y cuello. |
| 2 | CT .2 | | Analista de Controlling | | SI | |
| 3 | CT .3 | | Asistente Contable | | SI | |
| 4 | CT .4 | | Analista de Controlling | | SI | |
| 5 | CT .5 | | Auxiliar Contable | | SI | |
| 6 | CT .6 | | Analista de Controlling | | SI | |
| 7 | CT .7 | | Practicante | | SI | |
| 8 | CT .8 | | Analista de Controlling | | SI | |
| 9 | CT .9 | | Analista Contable | | SI | |
| 10 | CT .10 | | Analista Contable | | SI | |
| 11 | TI. 1 | TECNOLOGIA DE INFORMACION | Programador de sistemas Junior | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos para soporte, mantenimiento de sistema digital a nivel de software y hardware). | SI | Existen posturas estaticas por mas de 4 segundos consecutivos del tronco, extremidades y cuello. |
| 12 | TI. 2 | | Analista Data Maestra | | SI | |
| 13 | TI. 3 | | Analista de Sistemas | | SI | |
| 14 | TI.4 | | Asistente T.I | | SI | |
| 15 | TI.5 | | Asistente de proyecto de mejora | | SI | |
| 16 | TI.6 | | Asistente de Sistemas | | SI | |
| 17 | TS. 1 | TESORERIA | Asistente Tesoreria | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos para registrar informacion sobre operaciones y flujos monetarios realizados) | SI | Existen posturas estaticas por mas de 4 segundos consecutivos del tronco, extremidades y cuello. |
| 18 | TS. 2 | | Auxiliar Tesoreria | | SI | |
| 19 | VR. 1 | VENTAS | Jefe de Repuesto y Ventas | Trabajos administrativo (Uso de pantalla de visualización de datos para gestion documentaria, registrar, analizar y coordinar servicios operacionales. | SI | Existen posturas estaticas por mas de 4 segundos consecutivos del tronco, extremidades y cuello. |
| 20 | VR. 2 | | Asistente de Ventas | | SI | |
| 21 | VR. 3 | | Administrador | | SI | |
| 22 | VR. 4 | | Venta de Respuesto | | SI | |
| 23 | VR. 5 | | Asistente de Ventas | | SI | |
| 24 | VR. 6 | | Asistente de Ventas | | SI | |
| 25 | VR. 7 | | Administrador | | SI | |

Tabla 32: Determinación cualitativa riesgo por postura

9.2.5 Resultados Generales de la evaluación Nórdico – Oficinas Administrativas en la empresa.

| N° | CÓDIGO | ÁREA | USO COMPU (HORAS) | SINTOMA TME EN OFICINAS | | | | | | | | | | |
|----|--------|---------------------------|-------------------|-------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|--------|--------|-----------------|------------------|---------------|
| | | | | PAUSAS ACTIVAS | | USO DE COMPUTADORA SIN LEVANTARSE | | NIVEL DE RIESGO | GRADO DE DOLOR | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
| | | | | Realiza | Información | Tiempo | Información | | | | | | | |
| 1 | CT .1 | CONTABILIDAD | 12 | No | Falta de tiempo | < 2h | Carga Laboral | 4 | 0 | No | No | No | No | No |
| 2 | CT .2 | | 9 | SI | Cada 4 horas | < 2h | Esta en movimiento | 6 | 6 | No | SI | SI | No | No |
| 3 | CT .3 | | 13 | NO | Puedo desconcentrar a los demas | < 2h | Visito a planta | 4 | 0 | No | No | No | No | No |
| 4 | CT .4 | | 8 | SI | Una vez por dia x 4 min | < 2h | Asiste a reuniones, sshh, etc | 6 | 4 | SI | No | No | No | No |
| 5 | CT .5 | | 8 | NO | Falta de tiempo | > 2h | Carga Laboral | 7 | 6 | SI | No | SI | No | SI |
| 6 | CT .6 | | 9 | NO | Carga Laboral | > 2h | Carga Laboral | 7 | 3 | SI | SI | SI | No | SI |
| 7 | CT .7 | | 10 | NO | Cuando voy al refrigerio descanso | > 2h | Carga Laboral | 5 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO |
| 8 | CT .8 | | 8 | SI | 1 min | < 2h | Carga Laboral | 6 | 10 | SI | SI | SI | No | SI |
| 9 | CT .9 | | 10 | NO | Carga Laboral | < 2h | Se levanta cada 2 horas | 5 | 10 | SI | SI | SI | SI | SI |
| 10 | CT .10 | | 12 | SI | 5 min en el dia 5 min en la tarde | > 2h | Carga Laboral | 6 | 8 | No | No | SI | No | No |
| 11 | TI. 1 | TECNOLOGIA DE INFORMACION | 9 | NO | Eventualmen al dia 2 min | > 2h | Carga Laboral | 7 | 5 | SI | SI | No | SI | No |
| 12 | TI. 2 | | 9 | NO | No se realiza en la empresa | < 2h | No puede estar sentado por tanto tiempo. | 7 | 4 | SI | No | SI | No | SI |
| 13 | TI. 3 | | 9 | SI | Dos veces al dia | < 2h | Se levanta cada 2 horas | 4 | 0 | No | No | No | No | No |
| 14 | TI. 4 | | 9 | No | No lo realizan en mi area. | < 2h | Por me levanto para ir a los sshh | 6 | 6 | No | No | SI | No | No |
| 15 | TI.5 | | 9 | No | Se olvida por los pendientes que tiene en el | > 2h | Carga Laboral | 7 | 8 | No | No | SI | No | No |
| 16 | TI.6 | | 9 | NO | No se tiene tiempo por trabajo | > 2h | Trabajo continuo | 7 | 8 | SI | No | SI | No | No |
| 17 | TS. 1 | TESORERIA | 9 | NO | Por estar concentrado en el trabajo | < 2h | Se levanta para ir a los servicios higienes o al conpañero | 6 | 7 | No | SI | No | SI | SI |
| 18 | TS. 2 | | 9 | SI | Uno o dos veces al dia | < 2h | Se levanta para ir a los servicios higienes o al conpañero | 5 | 7 | SI | No | No | No | SI |
| 19 | VR. 1 | VENTAS | 12 | NO | | < 2h | Trata de movilizarse | 4 | 0 | No | No | No | No | No |
| 20 | VR. 2 | | 9 | NO | No tiempo para hacerlo | < 2h | Esta en movimiento | 6 | 0 | No | No | No | No | No |
| 21 | VR. 3 | | 9 | NO | No alcanza el tiempo | > 2h | Carga Laboral | 7 | 8 | SI | No | SI | No | No |
| 22 | VR. 4 | | 9 | SI | Cada Hora | < 2h | Porque realiza pausas activas | 7 | 3 | SI | No | No | No | No |
| 23 | VR. 5 | | 9 | No | Porque no hay tiempo | > 2h | Por el trabajo. | 7 | 8 | SI | No | SI | SI | SI |
| 24 | VR. 6 | | 9 | No | Porque hay mucha carga laboral | < 2h | Por que dirige al sshh | 6 | 5 | No | No | No | SI | SI |
| 25 | VR. 7 | | 9 | SI | Cada dos horas | < 2h | Levanta para ir a los ss,hh | 7 | 8 | SI | No | SI | SI | SI |

Tabla 33: Resultado del Cuestionario Nórdico para trabajo presencial

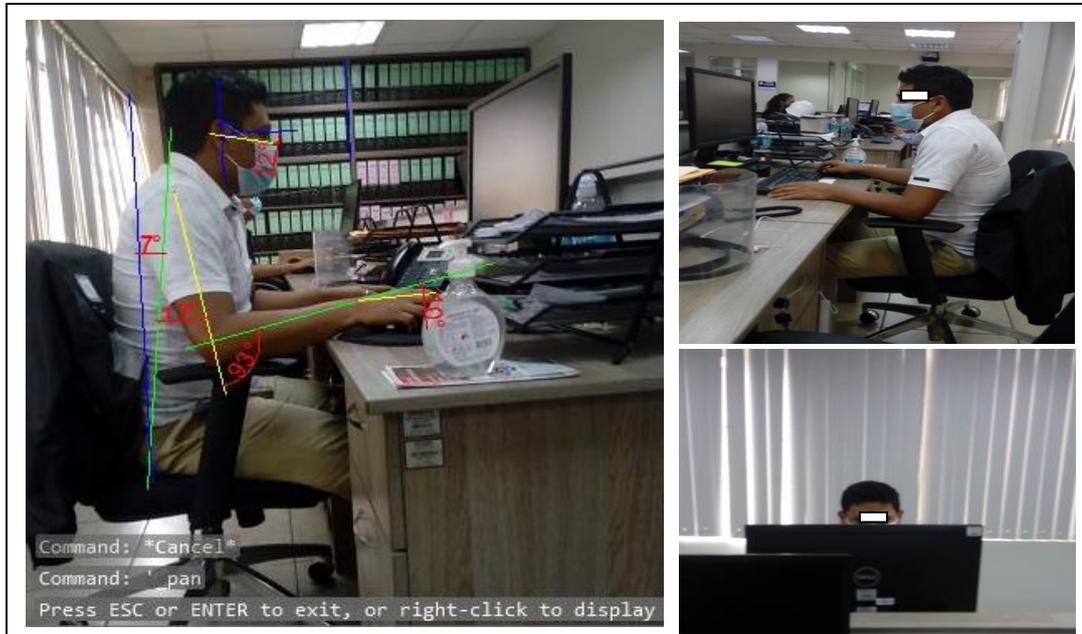
9.2.6 Resultados Generales de la evaluación Nórdico – Trabajo Remoto

| N° | CÓDIGO | ÁREA | SINTOMA TME EN TRABAJO REMOTO | | | | | | | LEYENDA TIPO POSTURA ADOPTADAS |
|----|--------|---------------------------|-------------------------------|------------------|--------|--------|-----------------|------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | TRABAJO REMOTO | | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | |
| | | | PRESENTO SINTOMAS | POSTURA ADOPTADA | | | | | | |
| 1 | CT.1 | CONTABILIDAD | NO | D | NO | NO | NO | NO | NO |  A |
| 2 | CT.2 | | NO | D | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 3 | CT.3 | | NO | D | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 4 | CT.4 | | NO | D | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 5 | CT.5 | | NO | D | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 6 | CT.6 | | SI | A | SI | SI | SI | NO | NO |  B |
| 7 | CT.7 | | No realizo trabajo remoto | | | | | | | |
| 8 | CT.8 | | SI | D | SI | SI | SI | NO | NO | |
| 9 | CT.9 | | SI | A | SI | SI | SI | SI | NO | |
| 10 | CT.10 | | SI | C | SI | SI | SI | NO | NO | |
| 11 | TI.1 | TECNOLOGIA DE INFORMACION | SI | A | SI | SI | NO | SI | SI |  C |
| 12 | TI.2 | | SI | C | SI | SI | SI | NO | NO | |
| 13 | TI.3 | | NO | D | No | No | No | No | No | |
| 14 | TI.4 | | SI | A | No | No | SI | No | No | |
| 15 | TI.5 | | NO | D | No | No | No | No | No | |
| 16 | TI.6 | | SI | C | SI | SI | SI | NO | NO | |
| 17 | TS.1 | TESORERIA | NO | B | NO | NO | NO | NO | NO |  D |
| 18 | TS.2 | | NO | A | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 19 | VR.1 | VENTAS | NO | D | NO | NO | NO | NO | NO |  D |
| 20 | VR.2 | | NO | A | No | No | No | No | No | |
| 21 | VR.3 | | SI | A | NO | NO | SI | NO | SI | |
| 22 | VR.4 | | SI | A | SI | NO | NO | NO | NO | |
| 23 | VR.5 | | SI | A | SI | NO | SI | SI | SI | |
| 24 | VR.6 | | SI | A | NO | NO | SI | NO | SI | |
| 25 | VR.7 | | SI | A | SI | NO | NO | SI | SI | |

Tabla 34: Resultado del Cuestionario Nórdico para trabajo remoto

9.3 Resultados de la evaluación sobre nivel de riesgo bajo RULA PVD.

Área Contabilidad - CT 1



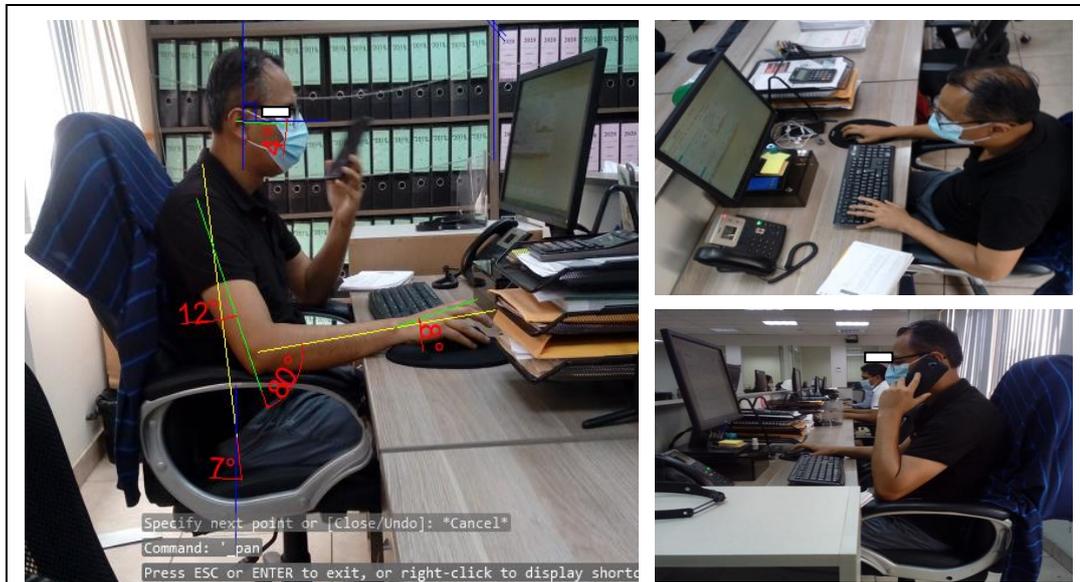
| CODIGO: CT.1 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN FI |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(17°) +1(Abdu) - 1Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (93°) | |
| | MUÑECA | +2 + 1 (desv cubital) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (5°) | 1 |
| | TRONCO | +1 (7°) | |
| | PIERNAS | + 1 (piernas y pies sostenidos) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 4 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente su teléfono fijo / se levanta para guardar documentos al menos una vez o ir a los sshh cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / monitor próximo a la altura de los ojos / utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento permite pierna y pies sostenidos.</p> <p>No realiza pausas activas / postura D en trabajo remoto (buena postura)</p> <p>Menciona que no presenta molestia músculo esquelético.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 175 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, apoyabrazos y espaldar.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazo no acolchonado.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento y las rodillas.</p> <p>Altura apoyabrazos a nivel de la mesa de trabajo, hombros no encogidos. Teléfono fijo cerca del alcance, si tiene alta voz/ Uso pack mouse adecuado</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Contabilidad - CT 2



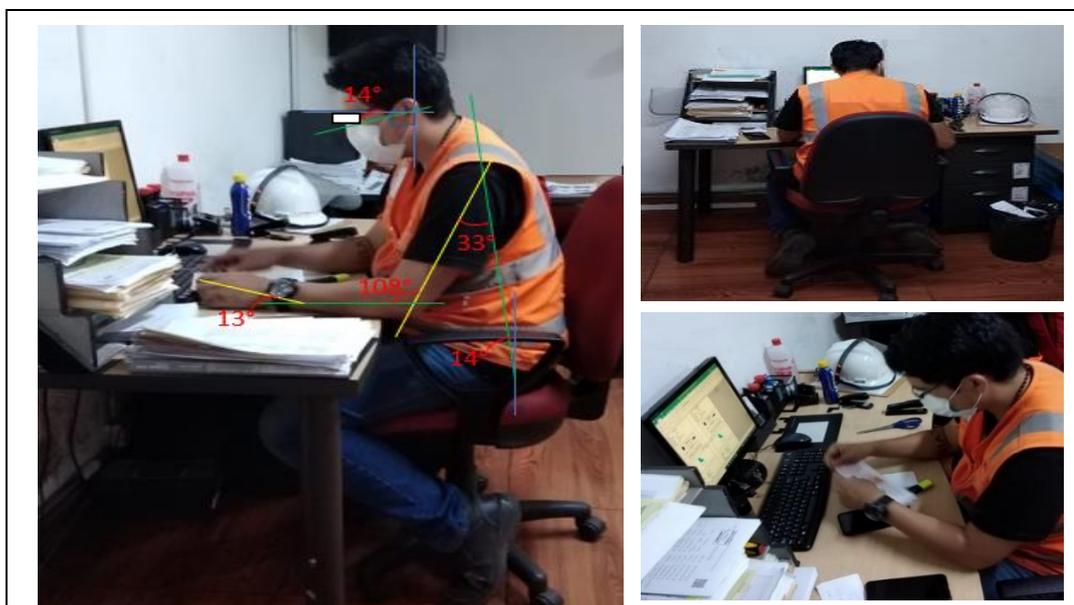
| CODIGO: CT.2 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(15°) +1(Abdu) - 1Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (72°) +1 (antbrz cruzado) | |
| | MUÑECA | 2 (12°) + 1 (desv radial) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (17°) + 1 rotación | 4 |
| | TRONCO | +2 (20°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente su teléfono fijo y esta mal ubicado / se levanta para guardar documentos al menos una vez o ir a los sshh cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / usa dos pantallas por debajo y encima de la altura de los ojos / utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando inclinación de la piernas y pies. Uso de teclado inclinado.</p> <p>Si realiza pausas activas cada 4h / postura D en trabajo remoto. Menciona que presenta molestia hombro y lumbar.</p> <p>Índice de masa corporal con sobrepeso – estatura 176 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, apoyabrazos y espaldar. Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazo no acolchonado.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos próximo a la mesa de trabajo, hombros no encogidos, el monitor tiene altura regulable.</p> <p>Teléfono fijo fuera del alcance, si tiene alta voz/ no usa pack mouse. Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>No cuenta con soporte para laptop y no tiene pack mouse.</p> | | |

Área Contabilidad CT - 3



| CODIGO: CT 3 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(12°) +1(Abdu) - 1Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (80°) | |
| | MUÑECA | +2 (8°) + 1 (desv cubital) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (11°) | 2 |
| | TRONCO | +1 (7°) | |
| | PIERNAS | + 1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 4 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente su teléfono fijo, ubicado a su alcance/ se levanta para guardar documentos, ir operaciones o ir a los ss.hh dentro 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla próxima a la altura de los ojos / utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén estables y sostenidos, altura de mesa de trabajo es adecuado.</p> <p>no realiza pausas activas / postura D en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que no presenta molestia músculo esquelético.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 176 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, no es regulable en apoyabrazos y espaldar.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazo desgastado.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos próximo a la mesa de trabajo, hombros no encogidos.</p> <p>Teléfono fijo al alcance, alta voz/ si usa pack mouse adecuado.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura, se utiliza un soporte para nivel altura.</p> | | |

Área Contabilidad – CT 4



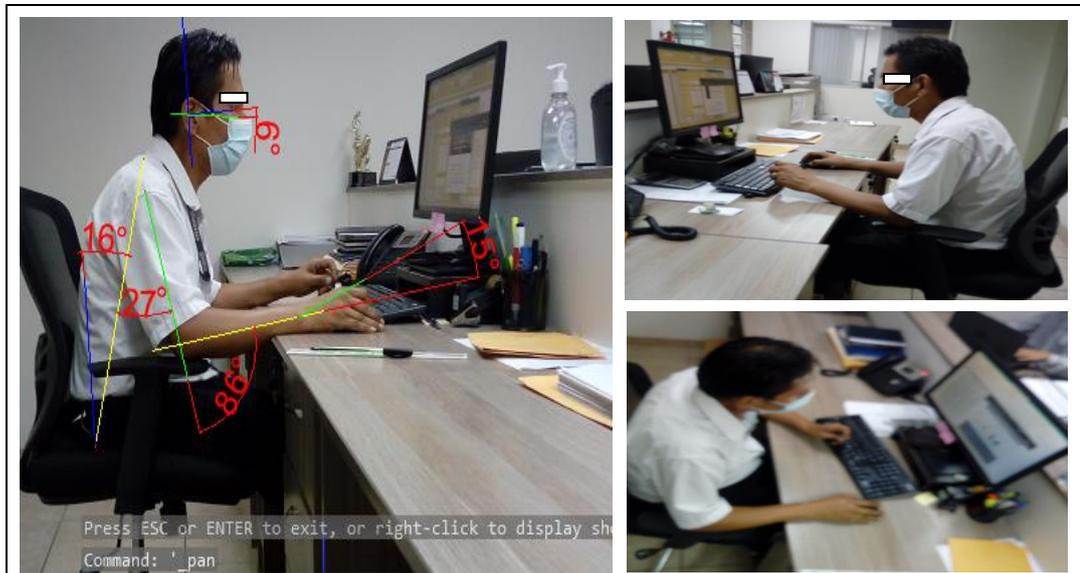
| CODIGO: CT 4 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN FI |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2 (33°) +1(Abdu) - 1Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (72°) | |
| | MUÑECA | +2 (13°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (01°) | 3 |
| | TRONCO | +2 (14°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ se levanta para ir operaciones, reuniones o ir a los sshh dentro 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestable. Realiza pausas activas una vez al día / postura D en trabajo remoto.</p> <p>Acerca la cabeza e inclina el cuello para ver letras pequeñas en la pantalla.</p> <p>Menciona que presente molestia músculo esquelético en el cuello.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 175 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura y espaldar, pero no es regulable en apoyabrazos.</p> <p>Respaldar permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodo. Apoyabrazos próximo a la altura de la mesa de trabajo.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa.</p> <p>Uso del teclado muy alejado/ usa pack mouse plano sin acolchonado.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura y distante a 50 cm de la persona.</p> | | |

Área Contabilidad - CT 5



| CODIGO: CT 5 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (20°) +1 (Abdu) – 0 Apoyo | 4 |
| | ANTEBRAZO | +2 (109°) | |
| | MUÑECA | +3 (37°) +1 (cubital) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (5°) + 1 torción | 2 |
| | TRONCO | +1 (4°) + 1 inclinado | |
| | PIERNAS | +1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ se mantiene usando laptop por más de 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén estable, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento. No realiza pausas activas / postura D en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presente molestia en el cuello, lumbar y muñeca.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 170 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos por debajo de la mesa, hombros no encogidos.</p> <p>Uso del teclado por encima de la mesa, mouse a otro nivel del plano / no usa pack mouse, no cuenta con soporte para laptop.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura, no nivelado a la altura de los ojos.</p> | | |

Área Contabilidad – CT 6



| CODIGO: CT 6 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2(27°) +1(Abdu) - 1Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (86°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) + 1 (desv cubital) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (10°) | 2 |
| | TRONCO | +2 (16°) | |
| | PIERNAS | + 1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente su teléfono fijo, ubicado a su alcance/ utiliza el computador por más 4h continuo / trabaja con los brazos abducidos / pantalla próxima a la altura de los ojos / utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén estables y sostenidos. Uso del teclado en inclinado hacia izquierda.</p> <p>No realiza pausas activas / postura A en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presenta molestia cuello, hombro, dorsal y muñeca.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 171 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, no es regulable en apoyabrazos y espaldar.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodo.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos próximo a la mesa de trabajo, hombros no encogidos.</p> <p>Teléfono fijo al alcance, si tiene alta voz/ no usa pack mouse.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura, se utiliza un soporte para nivel altura.</p> <p>No disponía mobiliario adecuado para el trabajo remoto.</p> | | |

Área Contabilidad – CT 7



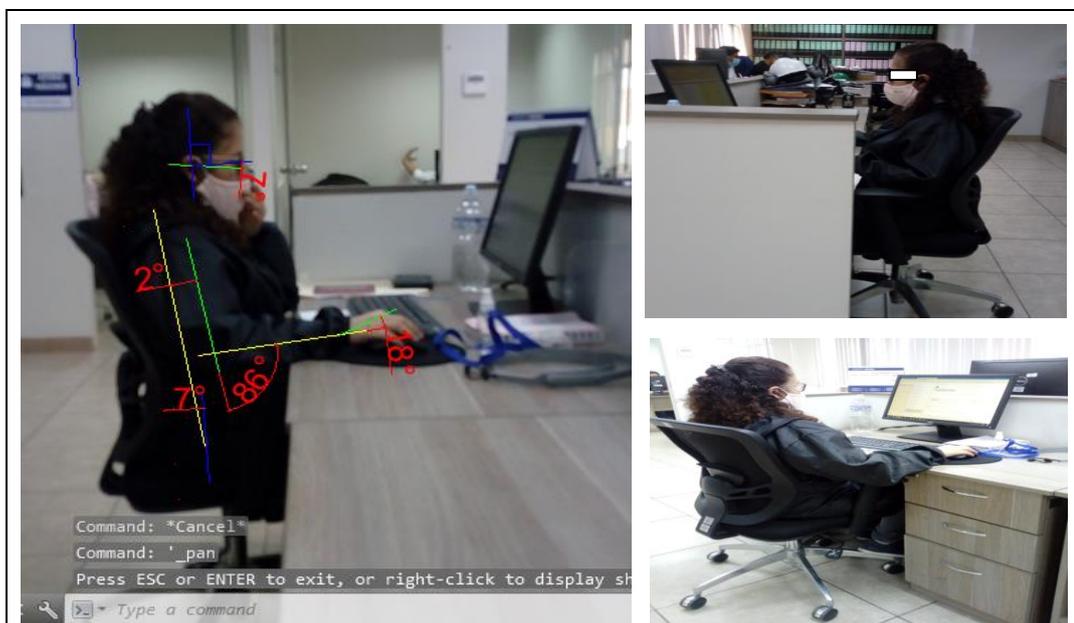
| CODIGO: CT 7 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(17°) +1(Abdu) - 1Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (79°) | |
| | MUÑECA | +3 (28°) + 1 (desv cubital) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (35°) | 2 |
| | TRONCO | +2 (17°) | |
| | PIERNAS | + 1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +1 |
| Puntuación Final | | | 5 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo / utiliza el computador por más 2h continuo / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén estables y sostenidos. Ingreso reciente a la empresa (menos de 3 meses). No realiza pausas activas / No realizó trabajo remoto. Uso de laptop ubicado en los bordes extremos. Menciona que no presenta molestia músculo esquelético. Índice de masa corporal normal – estatura 168 cm. Trabaja medio tiempo en oficinas – practicante.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, apoyabrazos y espaldar. Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodo. Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Altura apoyabrazos por debajo de mesa de trabajo, hombros no encogidos. Pantalla por debajo de la altura de los ojos / no usa pack mouse. Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Contabilidad CT - 8



| CODIGO: CT 8 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (16°) +1 (Abdu) – 0 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (69°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (8°) + 1 (rotación) | 3 |
| | TRONCO | +1 (5°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos, la otra pantalla a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestable, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento. Realiza pausas activas eventualmente al día / postura D en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presente molestia en el cuello, hombro, lumbar y muñeca.</p> <p>Uso de las dos pantallas es frecuente.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 170 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y no regulable en apoyabrazos. Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos por debajo de la mesa, hombros no encogidos.</p> <p>No se tiene un soporte para laptop / no usa pack mouse.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura y distante a 50 cm de la persona.</p> | | |

Área Contabilidad CT – 9



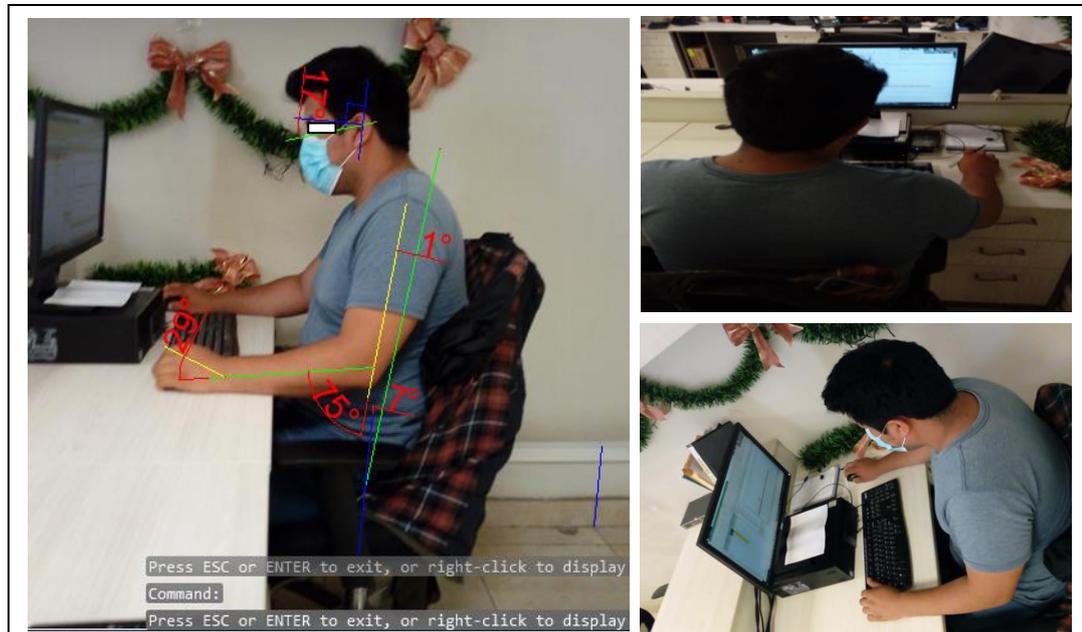
| CODIGO: CT 9 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (2°) +1(Abdu) – 1 Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (86°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (14°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (7°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 5 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por encima de la altura de los ojos / si utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las que los pies no lleguen al piso, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento. No realiza pausas activas / postura A en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presente molestia en el cuello, hombro, lumbar y muñeca y codos.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 156 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos. Respalda permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Altura apoyabrazos a nivel de la mesa de trabajo, hombros no encogidos.</p> <p>Altura del asiento no permite que los pies lleguen al piso</p> <p>Si usa pack mouse.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura y distante a 50 cm de la persona.</p> | | |

Área Contabilidad CT – 10



| CODIGO: CT 10 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN FI |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (15°) +1(Abdu) – 1 Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (87°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (16°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (4°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza teléfono fijo eventualmente / utiliza el computador por más de cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por encima de la altura de los ojos / si utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las que los pies lleguen al piso inclinado y doblados, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento. Realiza pausas activas eventualmente / postura C en trabajo remoto. Menciona que presente molestia en la zona lumbar. Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 175 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos. Respalda permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos. Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Altura apoyabrazos a nivel de la mesa de trabajo, hombros no encogidos. Altura del asiento genera piernas y pies doblados, no usa pack mouse. Escritorio inferior tiene porta CPU que limita movimiento de piernas. Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm. Monitor no regulable en altura y distante a 50 cm de la persona.</p> | | |

Área Tecnología de Información TI – 1



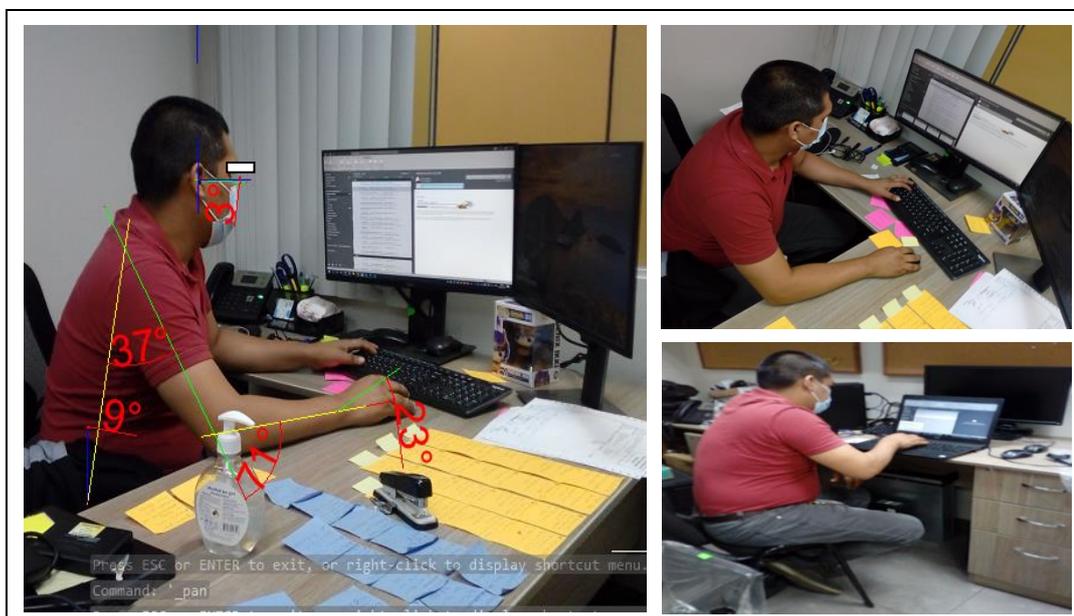
| CODIGO: TI 1 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (1°) +1(Abdu) – 0 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (75°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +3 (24°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (7°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ utiliza el computador por más de cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla próxima a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestable. Si realiza pausas activas eventualmente al día / postura A en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presente molestia en el cuello, hombro, brazo-antebrazo.</p> <p>Uso de las dos pantallas es frecuente.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 173 cm</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos.</p> <p>Respalda permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos por debajo de la mesa, hombros no encogidos.</p> <p>Se puede aumentar la altura del apoyabrazos a nivel de la mesa.</p> <p>No usa pack mouse.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no regulable en altura, se utiliza un soporte.</p> | | |

Área Tecnología de Información TI – 2



| CODIGO: TI 2 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2 (28°) +1(Abdu) – 1 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +2 (44°) | |
| | MUÑECA | +2 (8°) + 1 radial | |
| GRUPO B | CUELLO | +3 (36°) | 5 |
| | TRONCO | +2 (19°) + 1 inclinado | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo / se levanta al menos 1 vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo de la altura de los ojos / usa la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las que los pies lleguen al piso inclinado y doblados. No realiza pausas activas / postura C en trabajo remoto. Menciona que presente molestia en la zona cuello, dorsal y muñeca. Índice de masa corporal normal – estatura 170 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos. Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos. Espacio no aceptable entre asiento, rodillas, altura baja de la mesa. Altura apoyabrazos por debajo de la mesa, hombros no encogidos. Altura del asiento genera piernas y pies doblados, usa pack mouse plano. Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm. No utiliza un soporte para laptop. Utiliza el laptop en diagonal por del brillo que genera la iluminación.</p> | | |

Área Tecnología de Información TI – 3

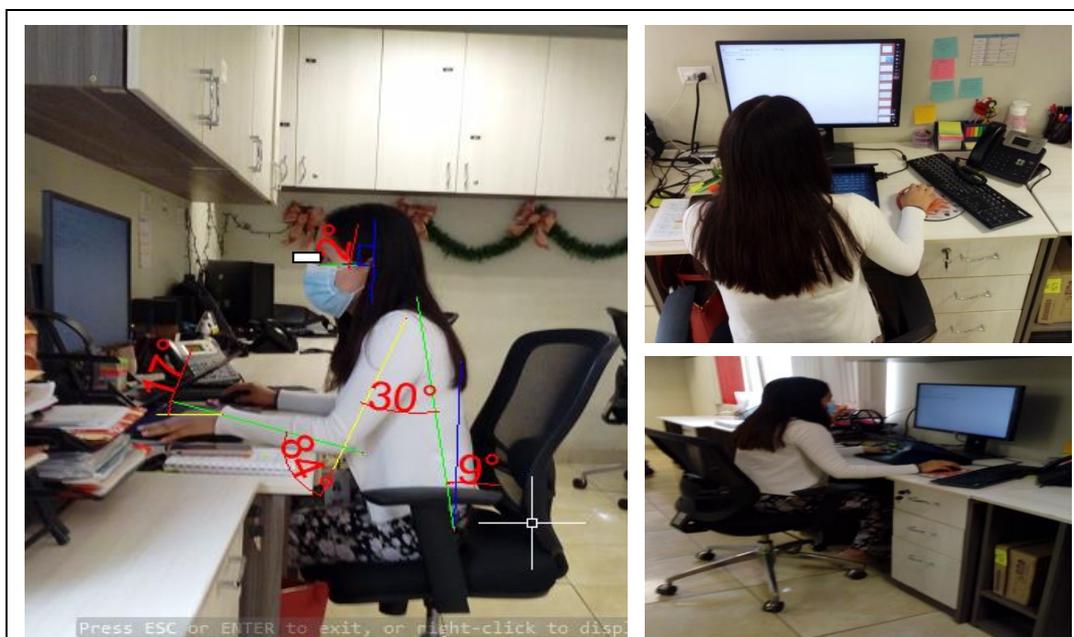


| CODIGO: TI 3 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN FI |
|-------------------------|-----------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2 (37°) +1(Abdu) – 1 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (71°) + 1 cruza línea media | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (6°) + 1 (rotación) | 3 |
| | TRONCO | +1 (9°) + 1 (rotación) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +1 |
| Puntuación Final | | | 4 |

CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES

| | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HOMBRE | <p>Personal utiliza frecuentemente teléfono fijo/ se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / ambas pantallas próximas a la altura de los ojos / utiliza borde de la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestable. Si realiza pausas activas eventualmente al día / postura D en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que no presente molestia, el personal brinda soporte técnico a los usuarios, utiliza la computadora al día es menor a 6h.</p> <p>Uso de laptop y el mouse al borde de la mesa.</p> <p>Uso de las dos pantallas cuando utiliza computadora.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 173 cm</p> |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y no regulable en apoyabrazos. Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos por debajo de la mesa, hombros no encogidos.</p> <p>No se tiene un soporte para laptop / no usa pack mouse.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm en forma "L".</p> |

Área Tecnología de Información TI – 4



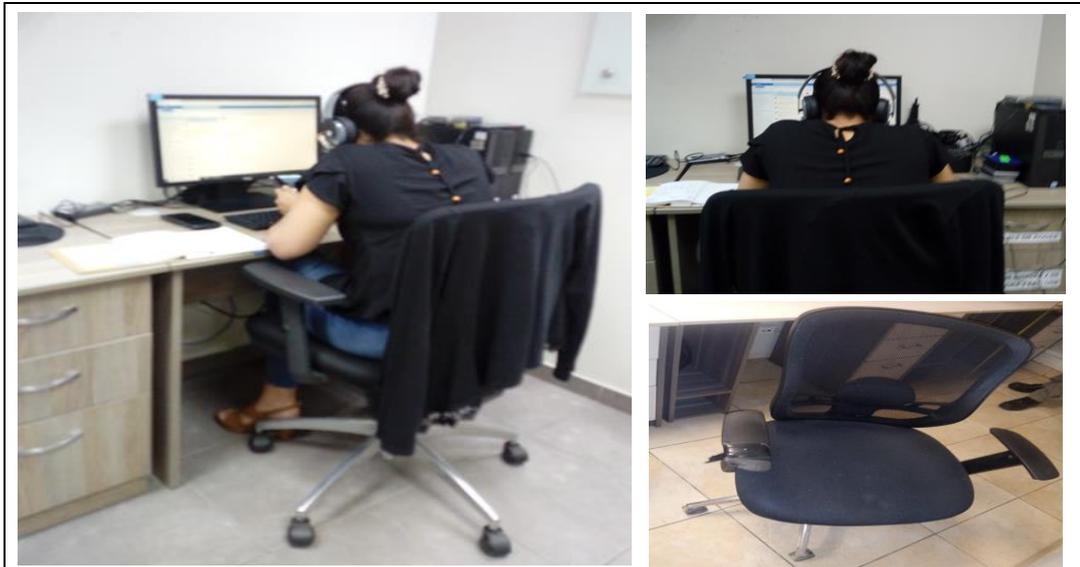
| CODIGO: TI 4 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2 (30°) +1 (Abdu) – 1 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (84°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) + 1 cubital | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (7°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (9°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza teléfono eventualmente fijo/ se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por encima de la altura de los ojos / utiliza borde de la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando que los pies no lleguen al piso. No realiza pausas activas / postura A en trabajo remoto. Se siente por la parte delantera del asiento, sin usar el respaldo. Menciona que presente molestia en la zona lumbar. Índice de masa corporal normal – estatura 158 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, respaldo y en apoyabrazos. Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos. Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Altura apoyabrazos no regulados a la altura de la mesa. Altura del asiento no permite que los pies lleguen al piso de forma estable. Si usa pack mouse plano, no acolchonado. Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm. Monitor si regulable en altura. Tiene objetos en des uso cerca en la mesa de trabajo.</p> | | |

Área Tecnología de Información TI – 5



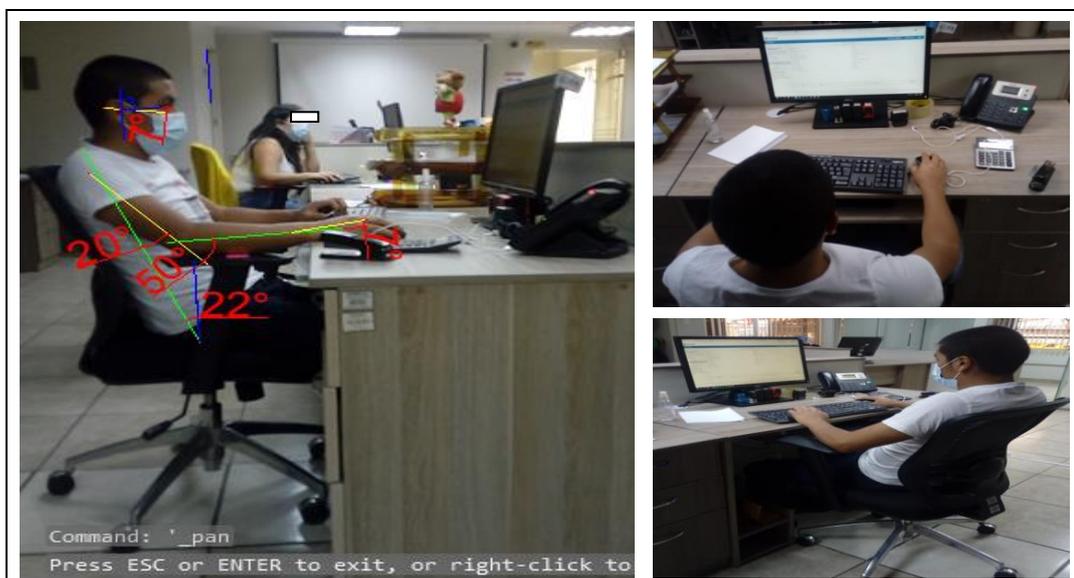
| CODIGO: TI 5 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN FI |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(19°) +1(Abdu) - 0 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (58°) | |
| | MUÑECA | +2 (14°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (20°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (9°) + 1 inclinado | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo / utiliza el computador por más de 4h continuo / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables.</p> <p>No realiza pausas activas / Postura D en trabajo remoto.</p> <p>Los hombros no encogidos.</p> <p>Uso de laptop y el mouse ubicado en los bordes extremos de la mesa.</p> <p>Menciona que presenta molestia en la zona dorsal lumbar.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 173 cm.</p> <p>Trabaja medio tiempo en oficinas</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura y espaldar, no tiene apoyabrazos.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Pantalla muy por debajo de la altura de los ojos / no tiene pack mouse.</p> <p>Silla presenta desnivel en el asiento generando una inclinación del tronco.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Tecnología de Información TI – 6



| CODIGO: TI 6 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (<20°)+1 elev +1(Abdu - 1 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (+- 95°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (<20°) | 3 |
| | TRONCO | +2 (<20°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ utiliza la computadora por más de 2h seguidas / trabaja con los brazos abducidos y hombros elevados / pantalla próximo a la altura de los ojos / utiliza borde de la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando que los pies lleguen inclinados, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento. No realiza pausas activas / postura A en trabajo remoto. Menciona que presente molestia en la zona lumbar. Índice de masa corporal normal – estatura 167 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos. Respalda permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos. Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Altura apoyabrazos no regulados a la altura de la mesa. Altura del asiento genera que los pies lleguen al piso de forma inclinado. Si usa pack mouse plano adecuado. Utiliza auriculares con micrófono para contestas llamadas por teams. Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm. Monitor no es regulable en altura.</p> | | |

Área Tesorería TS – 1



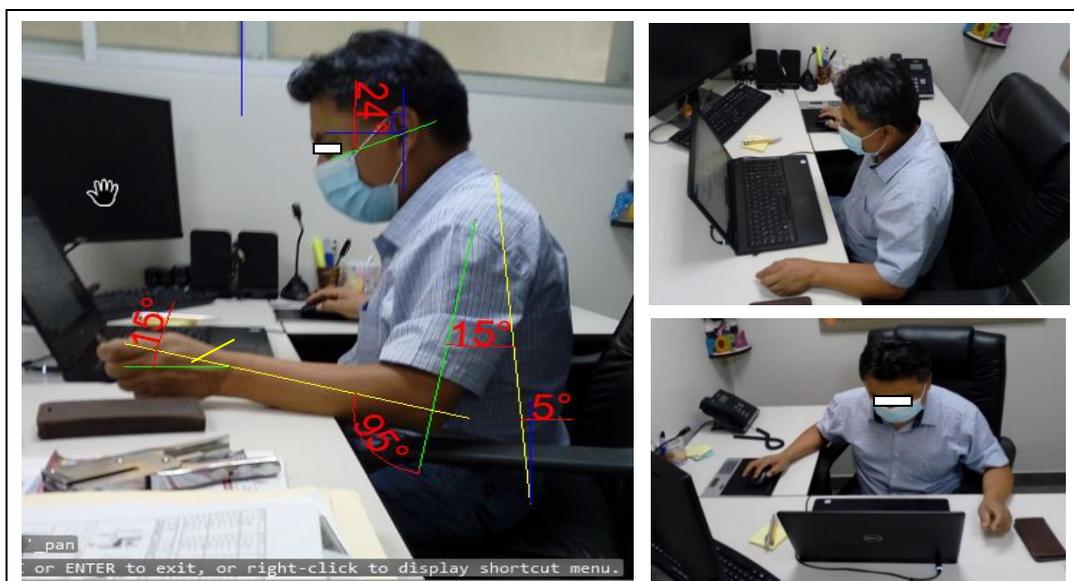
| CODIGO: TS 1 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (20°) +1(Abdu) - 1 Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +2 (50°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +3 (29°) | 4 |
| | TRONCO | +3 (22°) | |
| | PIERNAS | +1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente teléfono fijo/ se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla próximo a la altura de los ojos / si utiliza apoyabrazos de la mesa / usa la altura del asiento generando que los pies lleguen estables, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento.</p> <p>No realiza pausas activas/Postura B en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presente molestia en la zona hombro, antebrazo y muñeca.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 162 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos elevados al máximo no llega a nivel de la mesa.</p> <p>Altura del asiento genera que los pies lleguen al piso de forma estable.</p> <p>No usa pack mouse plano adecuado.</p> <p>Utiliza teclado y mouse al borde de la mesa.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no es regulable en altura.</p> | | |

Área Tesorería TS – 2



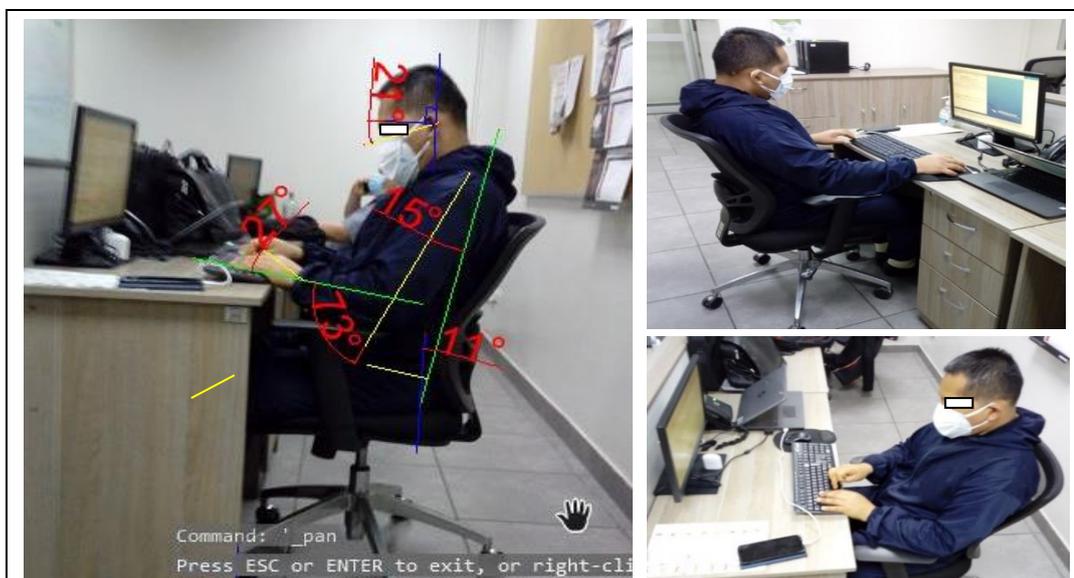
| CODIGO: TS 2 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1 (15°) +1(Abdu) - 1 Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (90°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) + 1 cubital | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (10°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (05°) | |
| | PIERNAS | +2 (piernas y pies balance inestable) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 5 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo/ se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla próximo a la altura de los ojos / si utiliza apoyabrazos de la mesa / usa la altura del asiento generando que los pies estén inestables, si existe espacio libre para elevar la altura del asiento.</p> <p>Utiliza el mouse generando desviación cubital de la muñeca.</p> <p>No realiza pausas activas / Postura A en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que presente molestia en la zona cuello y muñeca.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 160 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en apoyabrazos.</p> <p>Respaldar permite sobre extensión del tronco, apoyabrazos no cómodos.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Altura apoyabrazos elevados, si esta a nivel de la mesa de trabajo.</p> <p>Altura del asiento genera que los pies lleguen al piso de forma inestable.</p> <p>Si usa pack mouse plano adecuado.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> <p>Monitor no es regulable en altura, utiliza un soporte para nivelarlo.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 1



| CODIGO: VR 1 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(15°) +1(Abdu) - 1 Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (95°) +1 hacia lado externo | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (19°) | 2 |
| | TRONCO | +1 (5°) | |
| | PIERNAS | + 1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 4 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente el teléfono fijo, gira la silla por completo para contestar / se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos de la silla / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables, existe espacio libre entre la rodilla y la parte inferior de la mesa. Los hombros no encogidos.</p> <p>No realiza pausas activas / Postura D en trabajo remoto.</p> <p>Menciona que no presenta molestias músculo esqueléticas.</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 157 cm.</p> <p>Trabaja medio tiempo en oficinas y luego trabajo remoto desde su casa.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y no regulable en apoyabrazos.</p> <p>Respaldar permite sobre extensión del tronco.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Pantalla muy por debajo de la altura de los ojos / usa pack mouse plano.</p> <p>Mouse alejado por extremo derecho, sin soporte para laptop.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm, forma de “L”.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 2



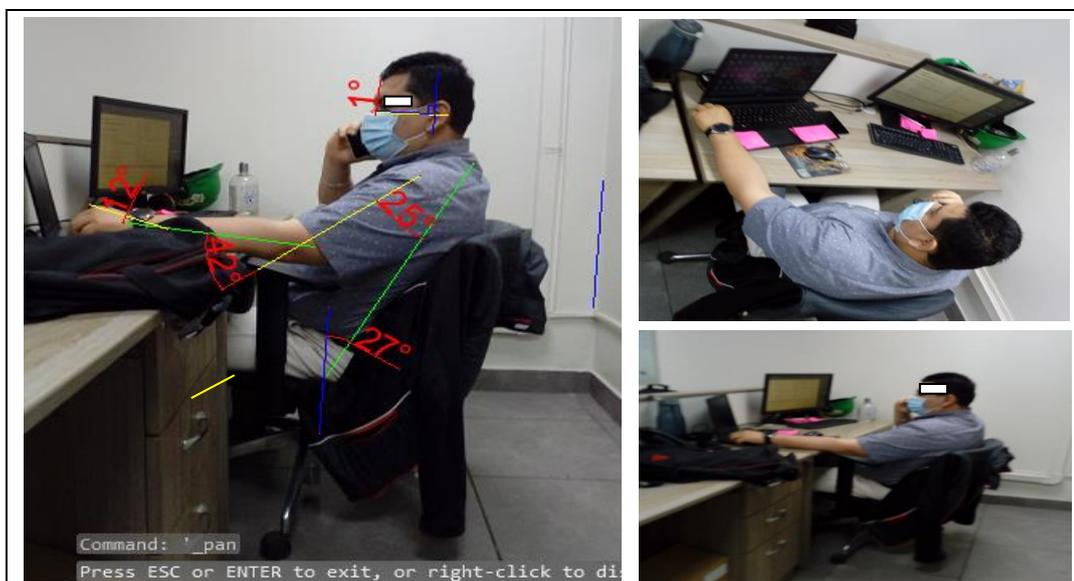
| CODIGO: VR 2 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(15°) +1(Abdu) - 0 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (73°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +3 (32°) | 4 |
| | TRONCO | +2 (11°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente teléfono fijo / utiliza el computador por más de 4h continuo / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables, altura de mesa de trabajo es bajo. No realiza pausas activas / Postura D en trabajo remoto.</p> <p>Los hombros no encogidos. Teclado en el borde de la mesa. Uso de laptop y el mouse ubicado en los bordes extremos de la mesa. Menciona que presenta molestia en la zona hombro. Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 173 cm. Trabaja medio tiempo en oficinas – practicante.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura y espaldar, no tiene apoyabrazos. Respaldo permite sobre extensión del tronco. Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Pantalla muy por debajo de la altura de los ojos / no usa pack mouse. Silla presenta desnivel en el asiento generando una inclinación del tronco. Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 3



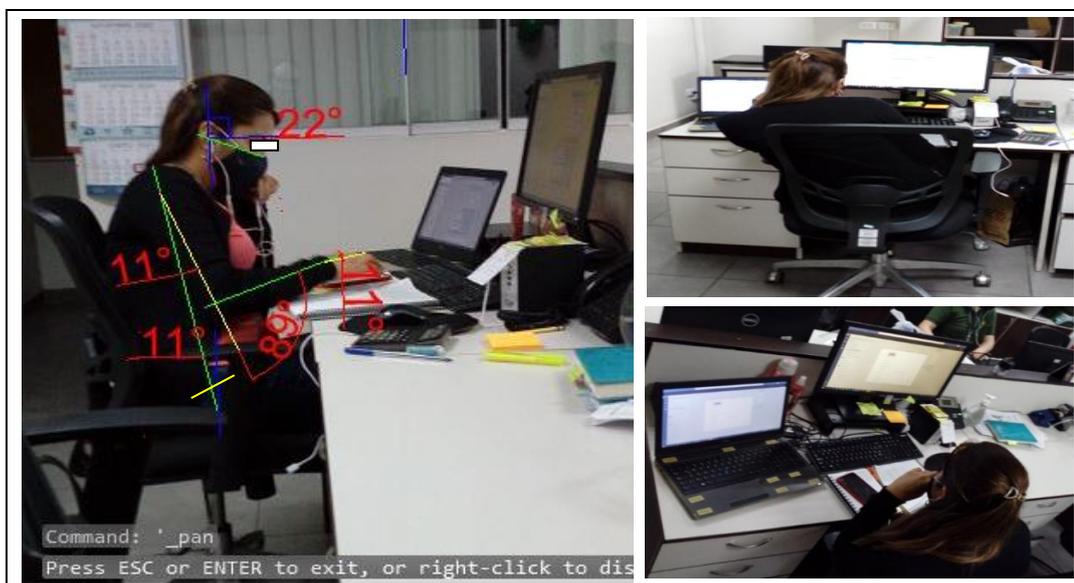
| CODIGO: VR 3 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN FI |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2(40°) +1(Abdu) - 0 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (75°) + 1 cruza línea media | |
| | MUÑECA | +2 (14°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (10°) +1 giro | 3 |
| | TRONCO | +2 (14°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo / utiliza el computador por más de 4h continuo / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / utiliza borde de la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables, altura de mesa de trabajo es bajo.</p> <p>No realiza pausas activas / Postura A en trabajo remoto.</p> <p>Los hombros no encogidos,</p> <p>Uso de laptop hacia el lado izquierdo / el antebrazo cruza la línea media.</p> <p>Menciona que presenta molestia en la zona cuello y espalda.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 168 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura y espaldar, no tiene apoyabrazos.</p> <p>Respalda permite sobre extensión del tronco.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Pantalla muy por debajo de la altura de los ojos / pack mouse plano.</p> <p>Monitor no tiene regulador de altura, ubicado por debajo de la altura ojos.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 4



| CODIGO: VR 4 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2(25°) +1(Abdu) - 1 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +2 (42°) | |
| | MUÑECA | +2 (14°) + 1 desviación radial | |
| GRUPO B | CUELLO | +3 (28°) +1 rotacion | 7 |
| | TRONCO | +3 (27°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo / se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos / utiliza borde de la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables, altura de mesa de trabajo es bajo. Los hombros no están encogidos o levantados</p> <p>Realiza pausas activas de forma regular / Postura A en trabajo remoto.</p> <p>Uso del mouse inclinado hacia la izquierda.</p> <p>Uso de dos pantallas, generando giro frecuente del cuello.</p> <p>Menciona que presenta molestia en la zona cuello.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 176 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en el apoyabrazos.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, silla con inestabilidad.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa.</p> <p>Pantalla muy por debajo de la altura de los ojos / pack mouse plano.</p> <p>Monitor no tiene regulador de altura, ubicado por debajo de la altura ojos.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 5



| CODIGO: VR 5 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(11°) +1(Abdu) - 1 Apoyo | 2 |
| | ANTEBRAZO | +1 (89°) | |
| | MUÑECA | +2 (14°) + 1 cruza línea media | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (11°) +1 rotación | 4 |
| | TRONCO | +2 (11°) + 1 inclinado | |
| | PIERNAS | + 1 (piernas y pies balance regular) | |
| Utilización de músculos | | | +1 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente teléfono fijo / mantiene trabajando por mas de 2h en la computadora / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos y el otro por encima/ utiliza borde de la mesa como apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén estables, espaciado adecuado entre pierna y la parte inferior de la mesa. Los hombros no están encogidos o levantados</p> <p>No realiza pausas activas / Postura A en trabajo remoto.</p> <p>Uso de dos pantallas, generando giro frecuente del cuello.</p> <p>Menciona que presenta molestia en la zona cuello, lumbar y muñeca</p> <p>Índice de masa corporal normal – estatura 176 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en el apoyabrazos.</p> <p>Respalda permite sobre extensión del tronco.</p> <p>Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior.</p> <p>Apoyabrazos se puede nivelar a la altura de la mesa / pack mouse plano.</p> <p>Monitor no tiene regulador de altura, ubicado por encima de la altura ojos.</p> <p>Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 6



| CODIGO: VR 6 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +1(1°) +1(Abdu) - 0 Apoyo | 3 |
| | ANTEBRAZO | +1 (95°) | |
| | MUÑECA | +3 (20°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +1 (9°) | 3 |
| | TRONCO | +1 (3°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 6 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal utiliza eventualmente teléfono fijo / se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla próximo a la altura de los ojos / no utiliza el apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables, altura de mesa permite que puede elevar más la altura del asiento. No realiza pausas activas / Postura A en trabajo remoto. Los hombros no encogidos.</p> <p>Uso del mouse y teclado cerca al borde de la mesa de trabajo. Menciona que presenta molestia en la muñeca y antebrazo. Índice de masa corporal normal – estatura 170 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura y espaldar y en el apoyabrazos. Apoyabrazos no a la altura de la mesa, se puede aumentar la altura. Respaldo no permite sobre extensión del tronco. Espacio aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa inferior. Pantalla nivelada a la altura de los ojos / si usa pack mouse. Altura de la mesa 78 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

Área Venta de Repuestos VR – 7



| CODIGO: VR 7 | | PUNTUACIÓN | PUNTUACIÓN Fi |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------|
| GRUPO A | BRAZO | +2(21°) +1(Abdu) - 0 Apoyo | 4 |
| | ANTEBRAZO | +2 (48°) | |
| | MUÑECA | +2 (15°) | |
| GRUPO B | CUELLO | +2 (20°) | 5 |
| | TRONCO | +3 (22°) | |
| | PIERNAS | + 2 (piernas y pies balance irregular) | |
| Utilización de músculos | | | +0 |
| Fuerza / Carga | | | +2 |
| Puntuación Final | | | 7 |
| CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PRINCIPALES | | | |
| HOMBRE | <p>Personal no utiliza teléfono fijo / se moviliza al menos una vez cada 2h / trabaja con los brazos abducidos / pantalla por debajo a la altura de los ojos y monitor a la altura de los ojos / no utiliza apoyabrazos / usa la altura del asiento generando en las piernas y pies estén inestables, altura de mesa de trabajo es bajo. Los hombros no están encogidos o levantados</p> <p>Realiza pausas activas de forma regular / Postura A en trabajo remoto.</p> <p>Uso del teclado por el borde de la mesa.</p> <p>Uso de dos pantallas, generando giro frecuente del cuello.</p> <p>Menciona que presenta molestia en cuello, lumbar, antebrazo y muñeca.</p> <p>Índice de masa corporal sobrepeso – estatura 171 cm.</p> | | |
| MOBILIARIO | <p>Silla es regulable en altura, espaldar y en el apoyabrazos.</p> <p>Apoyabrazos si se puede aumentar la altura a nivel de la mesa.</p> <p>Respaldo permite sobre extensión del tronco, silla con inestabilidad.</p> <p>Espacio no aceptable entre asiento, rodillas y la altura de mesa.</p> <p>No tiene soporte para laptop / pack mouse plano.</p> <p>Altura de la mesa 74 cm, ancho de 55 cm y largo 120 cm.</p> | | |

10 CAPÍTULO X: ANALISIS DE RESULTADOS Y CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

10.1 Resultados de la evaluación de riesgos por postura forzadas utilizando la metodología RULA Office en oficinas.

Se consolida la información obtenida en la evaluación del riesgo por postura forzada con la metodología Rula Office realizado al personal administrativo.

En la tabla 35, se muestra las cantidades de personas en relación con el nivel de riesgo obtenido en la evaluación RULA Office.

En el gráfico 1, se muestra la comparación de los resultados porcentual en relación con el nivel de acción.

| NIVEL DE RIESGO RULA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|-------------|
| 3 a 4 | 4 | 16% |
| 5 a 6 | 11 | 44% |
| 7 | 10 | 40% |
| Total | 25 | 100% |

Tabla 35. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en oficinas administrativa



Gráfico 1. Distribución del nivel de riesgo Rula Office de los 25 puestos.

En los 25 puestos administrativos estudiados se obtuvo que el 16% (4 puestos) están expuesto a nivel de riesgo 3 a 4, el 44% (11 puestos) están expuestos a nivel de riesgo 5 a 6 y el 40% (10 puestos) están expuesto a nivel de riesgo 7.

Considerando el nivel de acción, podemos decir que 10 puestos (40%) requiere cambios de rediseño en las tareas inmediato y 15 puestos (60%) requiere cambios de tareas en mediano a corto plazo.

10.2 Resultado de la evaluación de riesgos por postura forzadas bajo la metodología RULA Office por área.

Se clasifica los resultados de la evaluación en relación nivel de riesgo en cada área administrativa.

10.2.1 Área de Contabilidad

| NIVEL DE RIESGO RULA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|-------------|
| 3 a 4 | 2 | 20% |
| 5 a 6 | 6 | 60% |
| 7 | 2 | 20% |
| Total | 10 | 100% |

Tabla 36. Frecuencia del nivel de riesgo Rula Office en Contabilidad.

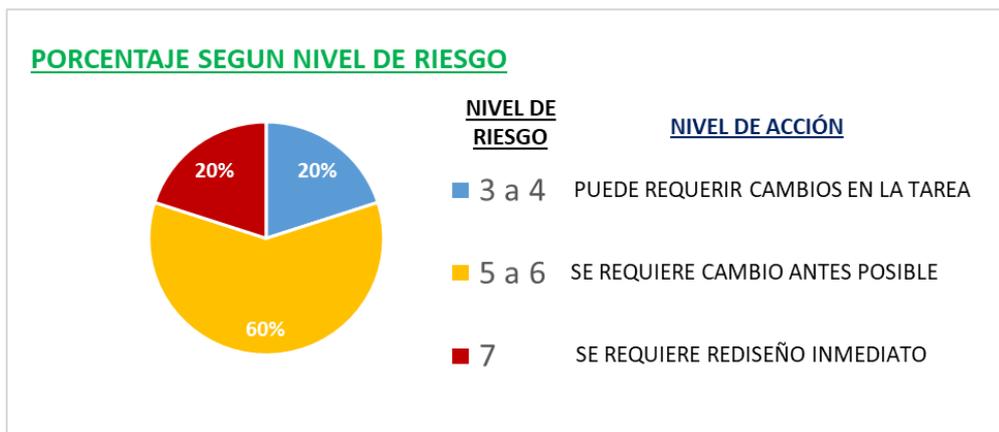


Gráfico 2. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en Contabilidad.

10.2.2 Área de Tecnología de información

| NIVEL DE RIESGO RULA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|-------------|
| 3 a 4 | 1 | 17% |
| 5 a 6 | 1 | 17% |
| 7 | 4 | 67% |
| Total | 6 | 100% |

Tabla 37. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en I.T

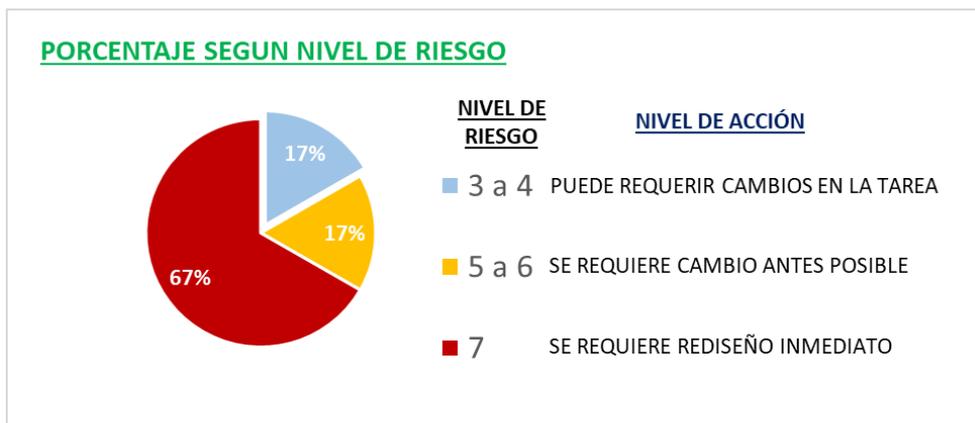


Gráfico 3. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en I.T

10.2.3 Área de Tesorería

| NIVEL DE RIESGO RULA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|-------------|
| 3 a 4 | 0 | 0% |
| 5 a 6 | 2 | 100% |
| 7 | 0 | 0% |
| Total | 2 | 100% |

Tabla 38. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en Tesorería



Gráfico 4. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en Tesorería.

10.2.4 Área de Ventas

| NIVEL DE RIESGO RULA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| 3 a 4 | 1 | 14% |
| 5 a 6 | 2 | 29% |
| 7 | 4 | 57% |
| Total | 7 | 100% |

Tabla 39. Frecuencia del nivel de riesgo RULA Office en Ventas.



Gráfico 5. Distribución del nivel de riesgo Rula Office en Ventas.

10.3 Resultado de la evaluación según Nivel de Acción.

Para determinar la cantidad de puestos que requieren un cambio inmediato de tarea por alto nivel de riesgo se clasifica según la metodología RULA Office para los niveles de riesgo 3 al 6 pertenecen a nivel de acción CM (plazo corto y/o mediano), y para los niveles de riesgo 7 pertenecen al nivel de acción IN (inmediato).

| AREA | NIVEL DE ACCION RULA | | | |
|--------------|----------------------|----|------------|------|
| | Frecuencia | | Porcentaje | |
| | CM | IN | CM | IN |
| CONTABILIDAD | 8 | 2 | 53% | 20% |
| T.I | 2 | 4 | 13% | 40% |
| TESORERIA | 2 | 0 | 13% | 0% |
| VENTAS | 3 | 4 | 20% | 40% |
| SUB TOTAL | 15 | 10 | 100% | 100% |
| TOTAL | 25 | | | |

Tabla 40. Frecuencia del nivel de acción Rula en oficinas administrativa

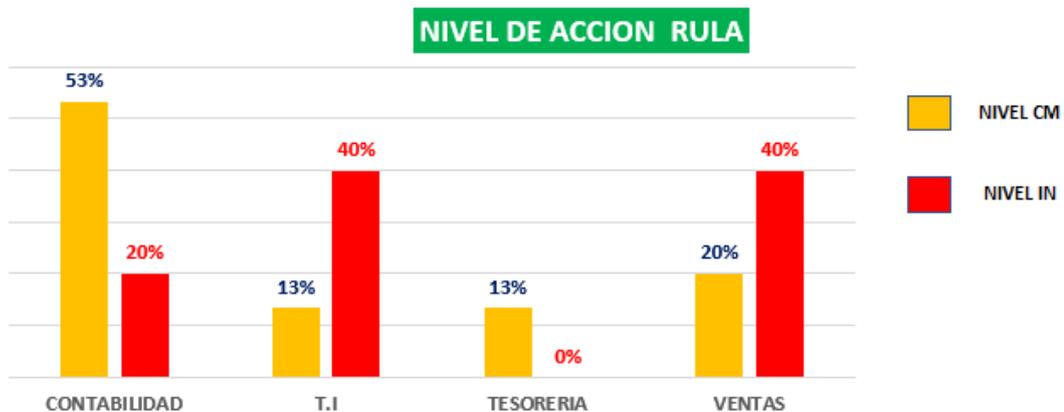


Gráfico 6. Distribución sobre nivel de riesgo en oficinas administrativas

Como resultado de agrupar los 25 puestos analizados en función al nivel de acción se puede obtener que 12 puestos están a nivel IN (requieren un rediseño inmediato del puesto de trabajo), los cuales el 17% corresponde a los puestos administrativo del área contabilidad, el 33% corresponde a los puestos administrativo del área T.I, el 17% corresponde a los puestos administrativo del área Tesorería y el 33% corresponde a los puestos administrativo del área Ventas.

Referente a los 13 puestos analizados están a nivel CM (requieren cambios mediatos de las tareas), los cuales el 62% corresponde a los puestos administrativo del área contabilidad, el 15% corresponde a los puestos administrativo del área T.I, el 0% corresponde a los puestos administrativo del área Tesorería y el 23% corresponde a los puestos administrativo del área Ventas.

10.4 Resultados de la evaluación de riesgos por postura forzadas relación con la presencia de dolor músculo esquelético.

Para efecto del estudio se mantendrá el riesgo según la tabla establecida RULA Office, ver tabla 28. Respecto al nivel de riesgo 1 y 2 no serán considerados en el estudio debido a que no se obtuvieron como resultado en los 25 puestos evaluados.

| NIVEL DE RIESGO | METODOLOGIA RULA | | % por nivel de riesgo | |
|------------------|------------------|-----------|-----------------------|------|
| | Frecuencia | | DOLOR | |
| | DOLOR | | DOLOR | |
| | NO | SI | NO | SI |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 100% | 0% |
| 5 a 6 | 2 | 9 | 18% | 82% |
| 7 | 0 | 10 | 0% | 100% |
| Sub Total | 6 | 19 | | |
| Total | 25 | | | |

Tabla 41. Sensación de dolor en relación con el nivel de riesgo

Como resultado de evaluar la sensación de dolor músculo esquelético que presenta el personal administrativo según metodología RULA Office, es de 19 personas si manifiestan sensación de dolor y en relación con el nivel de riesgo para el nivel 3 a 4 representa el 0%, para nivel 5 a 6 representa 82% y para el nivel 7 representa 100%.

Esto nos manifiesta que a medida que aumenta el nivel de riesgo aumenta el porcentaje de personas manifiestan dolor músculo esquelético.

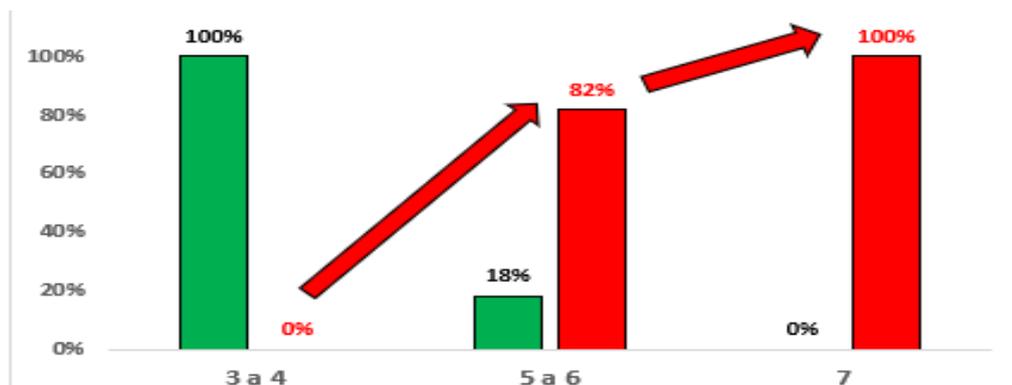


Gráfico 7. Relación del nivel de riesgo con sensación de dolor.

Considerando los resultados mostrados en la **tabla 41**, se realiza una comparación porcentual en función a la totalidad de personas evaluadas obteniendo como resultado el 0% si presenta dolores para nivel de riesgo 3 a 4, el 36% si presenta dolores para nivel de riesgo 5 a 6 y 40% si presenta dolores para nivel de riesgo 7. Ver tabla 42.

Esto nos manifiesta de igual forma que a medida que aumenta el nivel de riesgo aumenta el porcentaje de personas manifiestan dolor músculo esquelético.

| NIVEL DE RIESGO | METODOLOGIA RULA | | | |
|------------------|------------------|-----------|-------------------------|------------|
| | Frecuencia | | % por total de personas | |
| | DOLOR | | DOLOR | |
| | NO | SI | NO | SI |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 16% | 0% |
| 5 a 6 | 2 | 9 | 8% | 36% |
| 7 | 0 | 10 | 0% | 40% |
| Sub Total | 6 | 19 | 24% | 76% |
| Total | 25 | | 100% | |

Tabla 42. Sensación de dolor en función al total de personas evaluadas.

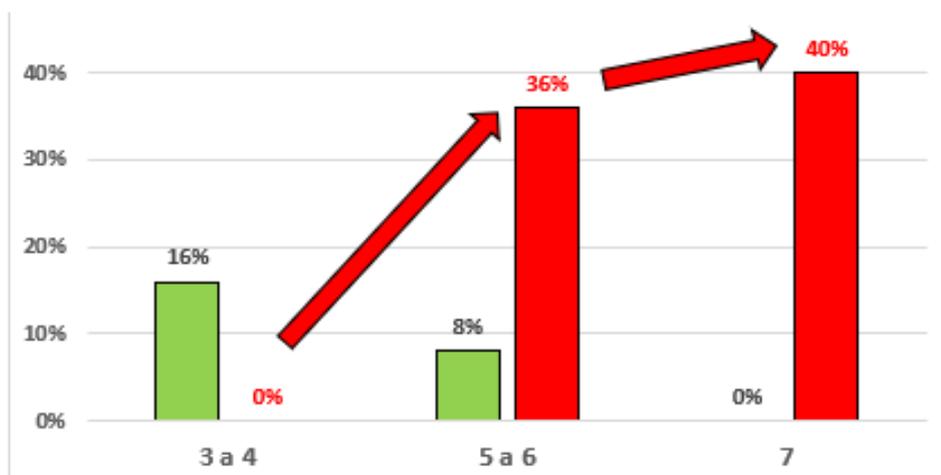


Gráfico 8. Relación del nivel de riesgo con sensación de dolor.

10.5 Resultado del nivel de riesgo Rula Office por zona de cuerpo en todos los puestos de trabajos administrativo.

Para determinar la cantidad de personas que siente dolor en función de zona del cuerpo por exposición a posturas forzadas se presenta los resultados en las siguientes tablas.

10.5.1 Zona de Cuello:

| NIVEL DE RIESGO | Frecuencia | | |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| | DOLOR | | |
| | NO | SI | SI (%) |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 0% |
| 5 a 6 | 7 | 4 | 16% |
| 7 | 1 | 9 | 36% |
| Total (FILA) | 12 | 13 | 25 |
| Porcentaje | 48% | 52% | |

Tabla 43. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el cuello

10.5.2 Zona de Hombro:

| NIVEL DE RIESGO | Frecuencia | | |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| | DOLOR | | |
| | NO | SI | SI (%) |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 0% |
| 5 a 6 | 7 | 4 | 16% |
| 7 | 8 | 2 | 8% |
| Total (FILA) | 19 | 6 | 25 |
| Porcentaje | 76% | 24% | |

Tabla 44. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el hombro.

10.5.3 Zona de Dorsal:

| | Frecuencia | | |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| | DOLOR | | |
| NIVEL DE RIESGO | NO | SI | SI (%) |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 0% |
| 5 a 6 | 6 | 5 | 20% |
| 7 | 2 | 8 | 32% |
| Total (FILA) | 12 | 13 | 25 |
| Porcentaje | 48% | 52% | |

Tabla 45. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el dorsal

10.5.4 Zona de Codo - Antebrazo:

| | Frecuencia | | |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| | DOLOR | | |
| NIVEL DE RIESGO | NO | SI | SI (%) |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 0% |
| 5 a 6 | 7 | 4 | 16% |
| 7 | 7 | 3 | 12% |
| Total (FILA) | 18 | 7 | 25 |
| Porcentaje | 72% | 28% | |

Tabla 46. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en el codo antebrazo

10.5.5 Zona de Muñeca y Mano:

| | Frecuencia | | |
|---------------------|------------|------------|-----------|
| | DOLOR | | |
| NIVEL DE RIESGO | NO | SI | SI (%) |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 0% |
| 5 a 6 | 6 | 5 | 20% |
| 7 | 6 | 4 | 16% |
| Total (FILA) | 16 | 9 | 25 |
| Porcentaje | 64% | 36% | |

Tabla 47. Nivel de riesgo Rula Office en relación con dolor en muñeca y mano

10.6 Resultados de la asociación entre el nivel de riesgo RULA Office y el dolor.

Para obtener el resultado de la correlación entre el nivel de riesgo expuestos por posturas forzadas y la manifestación de dolor músculo esqueléticos se agrupó en nivel de riesgo establecido en la metodología RULA Office.

Respecto al nivel de riesgo 1 y 2 no serán considerados en el estudio debido a que no se obtuvieron como resultado en los 25 puestos evaluados.

| NIVEL DE RIESGO | DOLOR | | Total (Columna) |
|---------------------|----------|-----------|-----------------|
| | NO | SI | |
| 3 a 4 | 4 | 0 | 4 |
| 5 a 6 | 2 | 9 | 11 |
| 7 | 0 | 10 | 10 |
| Total (FILA) | 6 | 19 | 25 |
| | | | TOTAL |

Tabla 48. Tabla de contingencia Rula Office: Nivel de Riesgo con dolor

10.6.1 Prueba de Chi – Cuadrado

Según lo mencionado en el artículo científico “Asociación de variables cualitativas: test de chi – cuadrado” elaborado por Salvador Pita Fernandez y Sonia Pertega Diaz (Año 2004) y en el libro Estadística para las ciencias sociales del comportamiento y de la salud se rechaza la hipótesis nula H_0 si el X^2 Chi cuadrado experimental es mayor al X^2 Chi cuadrado crítico, por tanto se acepta la hipótesis alternativa.

Para un nivel de significación (o riesgo) α :

$$\text{Se acepta } H_0 : \overbrace{\sum_{i=1}^k \frac{(n_i - e_i)^2}{e_i}}^{\text{estadístico observado}} < \overbrace{\chi_{\alpha, (k-1)}^2}^{\text{estadístico teórico}}$$

$$\text{Se rechaza } H_0 : \overbrace{\sum_{i=1}^k \frac{(n_i - e_i)^2}{e_i}}^{\text{estadístico observado}} \geq \overbrace{\chi_{\alpha, (k-1)}^2}^{\text{estadístico teórico}}$$

Utilizando los datos de la tabla 48, se realiza el cálculo de la frecuencia esperada.

| NIVEL DE RIESGO | FRECUENCIA ESPERADA | |
|-----------------|---------------------|------|
| 3 a 4 | 0.96 | 3.04 |
| 5 a 6 | 2.64 | 8.36 |
| 7 | 2.4 | 7.6 |

Tabla 49. Tabla de contingencia: Frecuencia esperada

Siguiente con los pasos establecidos en la metodología se calcula Chi X^2 i para luego proceder con sumatoria para calcular el X_i^2 experimental.

| CHI CUADRADO | |
|--------------|--------------|
| | 9.63 |
| | 0.16 |
| SUMA | 2.40 |
| TOTAL | 16.03 |

Tabla 50. Prueba de X^2 chi cuadrado: Nivel de riesgo con el dolor

Para comparar el resultado obtenido y determinar si se acepta o rechaza la hipótesis nula se identifica cual es el Chi Cuadrado crítico en la **tabla 51**.

| v/p | 0,001 | 0,0025 | 0,005 | 0,01 | 0,025 | 0,05 | 0,1 | 0,15 | 0,2 | 0,25 | 0,3 | 0,35 | 0,4 | 0,45 | 0,5 |
|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|
| 1 | 10,8274 | 9,1404 | 7,8794 | 6,6349 | 5,0239 | 3,8415 | 2,7055 | 2,0722 | 1,6424 | 1,3233 | 1,0742 | 0,8735 | 0,7083 | 0,5707 | 0,4549 |
| 2 | 13,8150 | 11,9827 | 10,5965 | 9,2104 | 7,3778 | 5,9915 | 4,6052 | 3,7942 | 3,2189 | 2,7726 | 2,4079 | 2,0996 | 1,8326 | 1,5970 | 1,3863 |
| 3 | 16,2660 | 14,3202 | 12,8381 | 11,3449 | 9,3484 | 7,8147 | 6,2514 | 5,3170 | 4,6416 | 4,1083 | 3,6649 | 3,2831 | 2,9462 | 2,6430 | 2,3660 |
| 4 | 18,4662 | 16,4238 | 14,8602 | 13,2767 | 11,1433 | 9,4877 | 7,7794 | 6,7449 | 5,9886 | 5,3853 | 4,8784 | 4,4377 | 4,0446 | 3,6871 | 3,3567 |
| 5 | 20,5147 | 18,3854 | 16,7496 | 15,0863 | 12,8325 | 11,0705 | 9,2363 | 8,1152 | 7,2893 | 6,6257 | 6,0644 | 5,5731 | 5,1319 | 4,7278 | 4,3515 |
| 6 | 22,4575 | 20,2491 | 18,5475 | 16,8119 | 14,4494 | 12,5916 | 10,6446 | 9,4461 | 8,5581 | 7,8408 | 7,2311 | 6,6948 | 6,2108 | 5,7652 | 5,3481 |
| 7 | 24,3213 | 22,0402 | 20,2777 | 18,4753 | 16,0128 | 14,0671 | 12,0170 | 10,7479 | 9,8032 | 9,0371 | 8,3834 | 7,8061 | 7,2832 | 6,8000 | 6,3458 |
| 8 | 26,1239 | 23,7742 | 21,9549 | 20,0902 | 17,5345 | 15,5073 | 13,3616 | 12,0271 | 11,0301 | 10,2189 | 9,5245 | 8,9094 | 8,3505 | 7,8325 | 7,3441 |
| 9 | 27,8767 | 25,4625 | 23,5893 | 21,6660 | 19,0228 | 16,9190 | 14,6837 | 13,2880 | 12,2421 | 11,3887 | 10,6564 | 10,0060 | 9,4136 | 8,8632 | 8,3428 |

Tabla 51. Distribución de X^2 Chi cuadrado con 2 grados de libertad y con 95% significación.

El valor teórico para 2 grados de libertad y con una confiabilidad del 95% el valor de chi cuadrado crítico (X^2 estadístico límite) es **5.9915**.

Se observa que el **X^2 Chi cuadrado experimental (16.02)** es superior numéricamente al **X^2 crítico (5.9915)** por tanto la hipótesis H_0 se rechaza, demostrándose con ello que si existe una correlación entre los síntomas músculo esquelético del personal administrativo con el nivel de riesgo Rula al que están expuesto.

10.7 Resultados del cuestionario Nórdico

10.7.1 Trabajo en oficinas administrativas

A continuación, se muestra los resultados recogidos en el cuestionario nórdico relleno por el propio personal administrativo de forma anónima.

El cuestionario se realizó con el soporte constante al personal administrativo para resolver las dudas y asimismo se recogía información pertinente para el estudio en varias visitas inopinadas a las oficinas administrativas para verificar como realizaban sus tareas y las condiciones laborales en que se encontraban.

| | | |
|------------------|-----------|-------------|
| Femenino | 5 | 20% |
| Masculino | 20 | 80% |
| TOTAL | 25 | 100% |

Tabla 52. Distribución según sexo

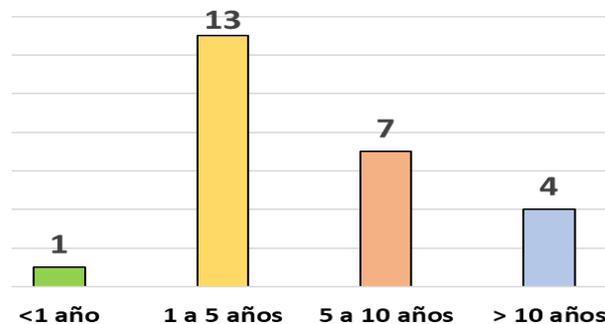


Gráfico 9. Distribución del personal según su antigüedad en el puesto

| | | |
|----------------|-----------|-------------|
| DIESTRO | 23 | 92% |
| ZURDO | 2 | 8% |
| TOTAL | 25 | 100% |

Tabla 53. Distribución del personal en función a su lateralidad

| | | |
|-------|----|------|
| SI | 8 | 32% |
| NO | 17 | 68% |
| TOTAL | 25 | 100% |

Tabla 54. Distribución de las personas que realizan pausas activas

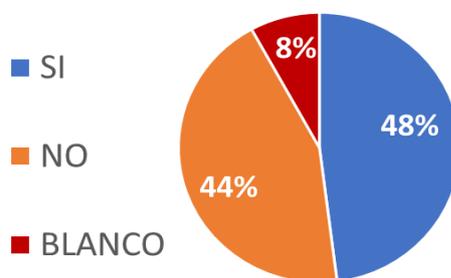


Gráfico 10. Percepción del personal sobre espacio adecuado de trabajo

| | CANTIDAD PUESTOS | SENSACION DE DOLOR | |
|----------------|------------------|--------------------|-----|
| | | ULTIMO 12 MESES | % |
| CUELLO | 25 | 13 | 52% |
| HOMBRO | 25 | 5 | 20% |
| LUMBAR | 25 | 13 | 52% |
| CODO-ANTEBRAZO | 25 | 7 | 28% |
| MUÑECA-MANO | 25 | 8 | 32% |

Tabla 55. Distribución de personas que sintieron dolor en los últimos 12 meses

| | SENSACION DE DOLOR | |
|----------------------------|--------------------|-----|
| | ULTIMO 7 DIAS | % |
| CUELLO | 10 | 40% |
| HOMBRO | 5 | 20% |
| LUMBAR | 10 | 40% |
| CODO- ANTEBRAZO | 5 | 20% |
| MUÑECA- MANO | 6 | 24% |

Tabla 56. Distribución de personas que sintieron dolor en los últimos 7 días

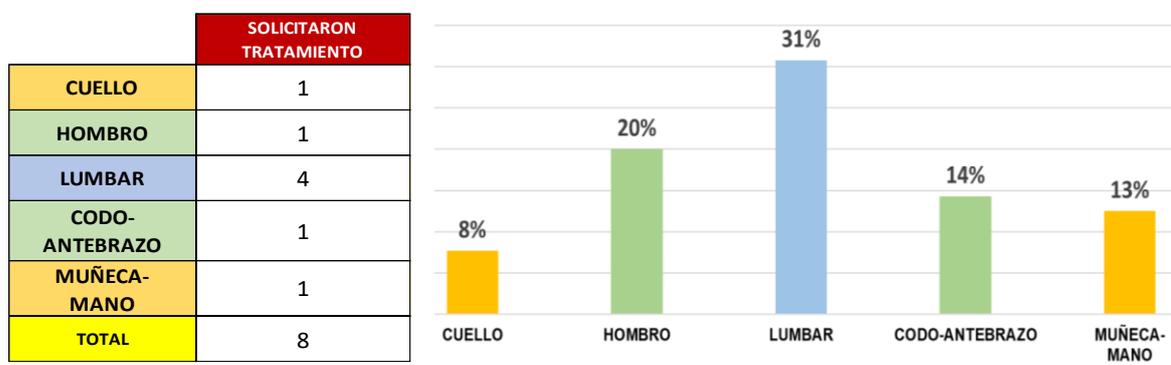


Gráfico 11. Porcentaje del personal que realizó tratamiento por causa del dolor

| | GRADO DOLOR | | | |
|-------------------------|-------------|-------|-------|---------|
| | < = 3 | 4 a 5 | 6 A 7 | 8 AL 10 |
| CUELLO | 3 | 4 | 3 | 3 |
| HOMBRO | 1 | 1 | 2 | 2 |
| LUMBAR | 3 | 1 | 3 | 6 |
| CODO-ANTEBRAZO | 1 | 4 | 1 | 1 |
| MUÑECA- MANO | 1 | 5 | 2 | 0 |

Tabla 57. Distribución del grado dolor percibido en función a la zona de cuerpo.

| | GRADO DOLOR | | | |
|--------------------|-------------|-------|-------|---------|
| | <= 3 | 4 a 5 | 6 A 7 | 8 AL 10 |
| NIVEL RIESGO 3 a 4 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| NIVEL RIESGO 5 a 6 | 2 | 2 | 4 | 3 |
| NIVEL RIESGO 7 | 2 | 2 | 1 | 5 |

Tabla 58. Distribución del grado dolor percibido en función al nivel de riesgo



Gráfico 12. Grado de dolor en relación con el nivel de riesgo 3 a 4.

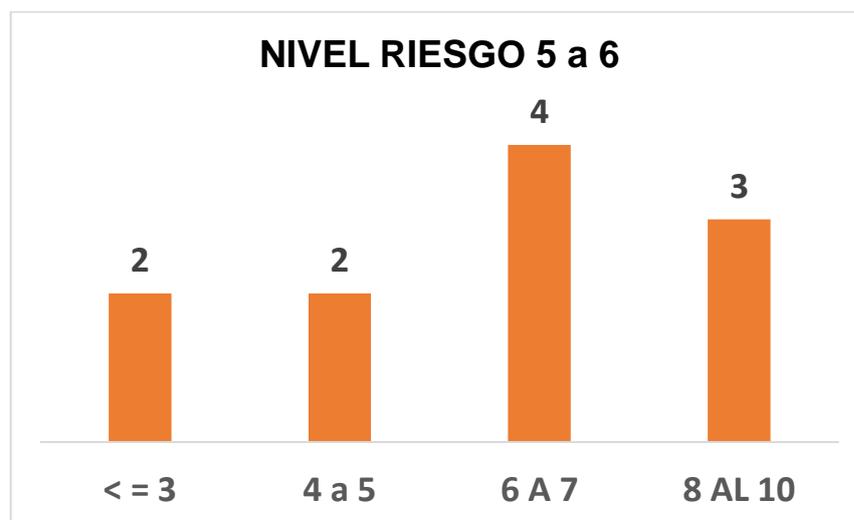


Gráfico 13. Grado de dolor en relación con el nivel de riesgo 5 a 6.

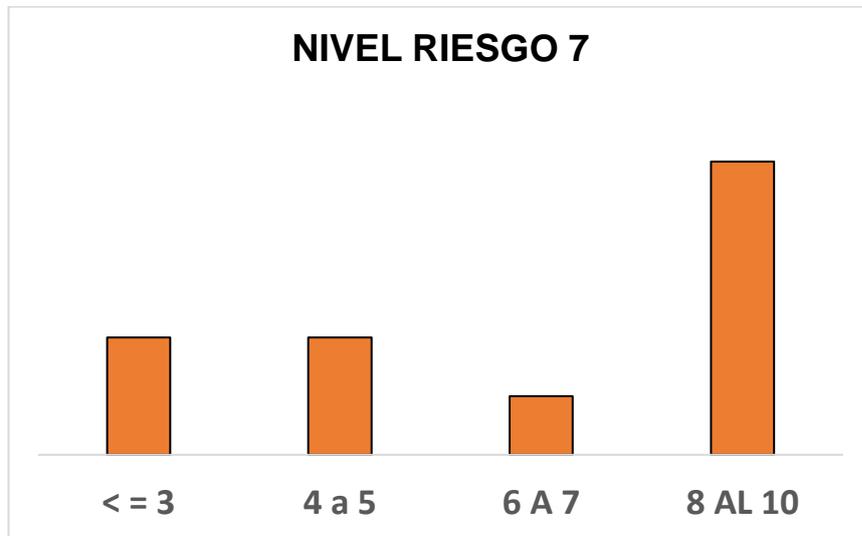


Gráfico 14. Grado de dolor en relación con el nivel de riesgo 7.

10.7.2 Resultado en los trabajos remoto

Dentro de cuestionario nórdico se incluyó preguntas para identificar de manera preliminar la postura y la forma en que estuvieron trabajando desde sus respectivas casas.

Considerando la única postura ergonómica correcta la postura D.



Figura 26. Tipo de posturas para para evaluación nórdico para trabajo remoto

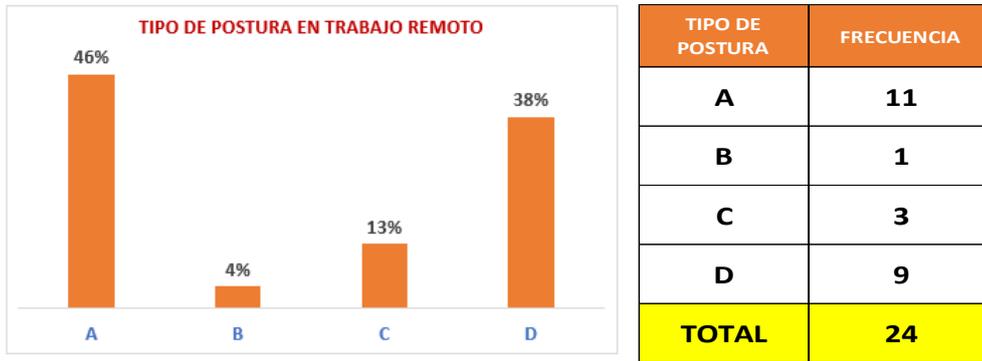


Gráfico 15. Postura adoptada por el personal durante trabajo en home office.

| TIPO DE POSTURA | DOLOR | NO DOLOR |
|-----------------|-----------|----------|
| A | 9 | 2 |
| B | 0 | 1 |
| C | 3 | 0 |
| D | 1 | 8 |
| TOTAL | 24 | |

Tabla 59. Sensación de dolor según la postura adoptado

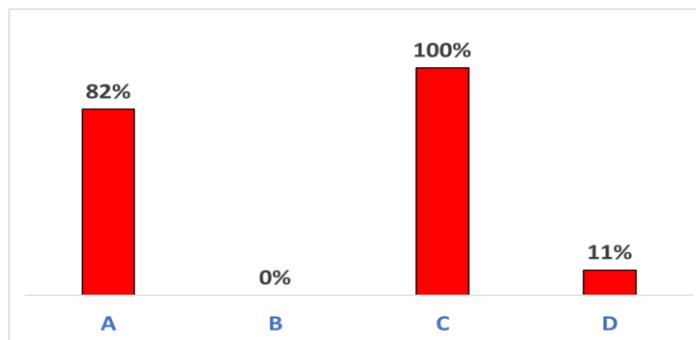


Gráfico 16. Distribución porcentual de la percepción de dolor

| | |
|-----------|----|
| NORMAL | 14 |
| SOBREPESO | 11 |

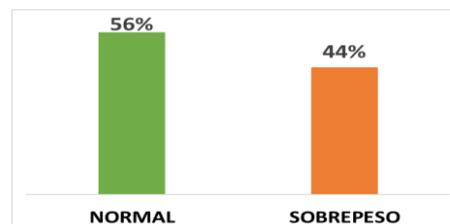


Gráfico 17. Distribución IMC del personal administrativo.

11. CAPÍTULO XI: CONCLUSIONES

11.1 Resultado del nivel de riesgo ergonómico.

- ✓ En los 25 puestos administrativos estudiados se obtuvo que el 16% (4 puestos) están expuesto a nivel de riesgo 3 a 4, el 44% (11 puestos) están expuestos a nivel de riesgo 5 a 6 y el 40% (10 puestos) están expuesto a nivel de riesgo 7.

Se puede determinar que, en los 25 puestos administrativo el personal está expuesto un nivel de riesgo ergonómico de postura forzadas que necesita realizar cambios en inmediato representando el 40% (10 puestos) y otros a corto o mediano plazo representando el 60% (15 puestos). Ver gráfico 1 y tabla 40.

- ✓ Para el personal del área contabilidad el 80% (8 puestos) requiere cambios en corto a media plazo y el 20% (2 puestos) requiere cambios inmediatos.
- ✓ Para el personal del área Tecnología de información el 34% (2 puestos) requiere cambios en corto a media plazo y el 67% (4 puestos) requiere cambios inmediatos.
- ✓ Para el personal del área Tesorería el 100% (2 puesto) requiere cambios en corto a media plazo.
- ✓ Para el personal del área Ventas el 43% (3 puestos) requiere cambios en corto a media plazo y el 57% (4 puestos) requiere cambios inmediatos.

11.2 Asociación entre nivel de riesgo RULA Office por postura forzada y los síntomas de dolor.

En los 25 puestos administrativos estudiados mediante el cuestionario nórdico, 19 personas manifestaron sentir dolor músculo esquelético de los cuales según el nivel de riesgo 3 a 4 representa 0%, riesgo 5 a 6 representa 82% y riesgo 7 representa 100%. Ver tabla 41.

Evaluando respecto a cantidad de personas que manifiestan dolor en proporción con total de las personas evaluadas mostrados en la tabla 42, se puede obtiene para nivel de riesgo 3 a 4 representa 0%, riesgo 5 a 6 representa 36% y riesgo 7 representa 40%.

Estos resultados nos manifiestan una correlación directa entre nivel de riesgo y la manifestación de dolor, a medida que aumenta el nivel riesgo aumenta la cantidad de personas que manifiesta sensación de dolor. Ver gráfico 7 y gráfico 8.

11.3 Correlación de Chi Cuadrado con 95% de significancia.

Prueba Chi cuadrado para determinar la correlación entre las dos variables evaluados. Los resultados obtenidos al comprar el Chi cuadrado experimental X^2 (16.03) mostrados en la tabla 50 y el Chi cuadrado teórico X^2 (5.99) mostrado en la tabla 51 se confirma el rechazo a la hipótesis nula H_{01} planteado en sección 8.4.

Debido a que el valor de X^2 experimental es mayor que el X^2 teórico se puede establecer el rechazo de la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, demostrándose de esta forma con una significancia del 95% la existencia de una correlación entre ambas variables (dolor músculo esqueléticos y el nivel de riesgo RULA Office).

11.4 Percepción de dolor y resultados del cuestionario nórdico.

- ✓ En los últimos 12 meses la zona del cuerpo que ha presentado mayor incidencia de dolor es la zona del cuello y lumbar, representado el 52% del total encuestados seguido de la zona muñeca/mano representando 32%. Ver tabla 55.
- ✓ En los últimos 7 días la zona del cuerpo que ha presentado mayor incidencia de dolor es la zona del cuello y lumbar, representado el 40% del total encuestados. Ver tabla 56.
- ✓ En relación del grado de dolor y el nivel de riesgo se obtuvo una correlación de en cuanto aumenta el nivel de riesgo RULA Office aumenta la cantidad de personal que manifiestan un mayor grado de dolor. Ver tabla 58.
- ✓ En relación con la percepción sobre el grado de dolor, la zona lumbar y la zona del cuello representan la mayor cantidad de personas que lo clasifican como un dolor de grado 6 a más. Ver tabla 57.
- ✓ En los 25 puestos administrativos evaluados se obtuvo que solo el 32% si realiza al menos una vez pausas activas durante su horario de trabajo, y el 68% restando no lo realiza por desconocimiento, porque considera no tener tiempo para hacerlo. Ver tabla 54.
- ✓ Con relación al uso de computadoras sin levantarse se determina que el 36% permanece con más de 2 horas sentado y el 64% se levanta al menos una vez para realizar otra actividad cada 2 horas. Ver tabla 33.
- ✓ Durante los trabajos remoto realizado se obtuvo que la postura predominante ha sido la postura A representado 46%. Asimismo se puede determinar que el 62% no adopto una postura ergonómica (Postura A, B, C) y solo 38% si estuvo adoptando una postura ergonómica (Postura D). Ver gráfico 15.

- ✓ Durante los trabajos remoto, el 100% de las personas que adopto la postura C presentaron dolor músculo esquelético, el 82% de las personas que adoptaron la postura B presentaron dolor músculo esqueleto y para la postura D (postura ergonómica) el 11% presentó dolor músculo esquelético.

Demostrándose una correlación general una postura disergonómica y la manifestación de dolor músculo esquelético. Ver tabla 59.

11.5 Revisiones in situ en las oficinas administrativas

- ✓ De las 25 personas administrativas evaluadas el 44% presenta IMC con sobrepeso esta expuesto a una situación que agrava la postura forzada, según Dra. Katherine Acaro R en su artículo Sobrepeso y Obesidad como Factor de Riesgo para Posturas Forzadas en Sector minero.
- ✓ Como resultado del cuestionario nórdico de obtuvo que el 48% del personal administrativo si considera el espacio de trabajo como adecuado, el 44% considera como no adecuado y 8% desconoce.
Se determina que el personal no tiene claro las condiciones ergonómicas para trabajos en oficinas, debido a que en las revisiones in situ se identifica que mas del 80% no son adecuados bajo un enfoque ergonómico.
- ✓ En relación con la altura de la mesa de trabajo, se observa situaciones de la mesa de trabajo con menor altura utiliza el personal con mayor estatura y el personal con mayor estatura utiliza una mesa con menor altura.

Se verifica que la distribución de la mesa de trabajo al personal admirativo está generando un aumento del nivel de riesgo por postura forzada.

- ✓ A Todo el personal administrativo le falta al menos un equipo ergonómico para sus actividades las cuales son:
 - Soporte para Laptop (cooler), Teclado, Pack mouse
 - Reposo pies.
 - Silla ergonómica.

12. CAPITULO XII: RECOMENDACIONES

Por lo mencionado en los resultados obtenido en el presente estudio de investigación se recomienda los siguiente:

12.1 Recomendaciones Generales

Se recomienda reforzar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud para un mejor seguimiento a los controles implementados en la organización.

- Establecer en el programa de capacitaciones temas relacionado a ergonomía en oficinas e importancia de mantener una vida saludable para control de IMC y realizar de manera frecuente (semanal) charlas de seguridad para interiorizar los temas trabajos en el personal.
- Incluir en el programa de inspección de seguridad, visitas en las áreas administrativas para verificar las posturas adoptadas por el personal administrativo y seguimiento al estado de los mobiliarios. **Ver anexo 31** “Postura ergonómica para trabajos en oficinas y/o trabajo remoto”.
- Reforzar el mecanismo de reportes de actos y condiciones inseguros, evaluar la posibilidad de usar mecanismos digitales para mejorar la comunicación.
- Reforzar el sistema de comunicación entre el área de Bienes Social, Saludo Ocupacional y el área de Seguridad Ocupacional en relación con los reportes de dolores o descansos médicos del personal administrativo para que se pueda evaluar y revisar si las causas están relacionadas con actividades que realiza en la organización.
- Volver a implementar la realización de pausas activas en el personal administrativo, según la RM 375 -2008 recomienda de 5min de 1 a 2 horas con la participación del personal de Seguridad y Salud. También se deberán realizar pausas visuales con la regla del 20-20. Cada 20 min. Enfocar un punto alejado y mantener la mirada durante 10 segundos. Esto evitará la fatiga visual de enfocar siempre la pantalla. **Ver anexo 28 y 29.** “Pausas activas y ejercicios”.
- Realizar un programa de seguimiento al personal con sobrepeso con una orientación para la disminución del índice de masa corporal.
- Implementar señalización de reforzamiento en las oficinas administrativas para reforzar la importancia de trabajar adoptando posturas ergonómicas. **Ver anexo 30.** “Señalización de concientización ergonómico”.

12.2 Recomendaciones Específica

De acuerdo con el análisis presentado en el noveno y décimo capítulo se recomienda rediseñar el puesto de trabajo empezando por realizar modificaciones en el mobiliario del personal administrativo, que se adapte a las necesidades del trabajador de forma estandarizado, pero regulable para cualquier empleador que vaya a desempeñar un cargo de oficina.

Estos rediseños y adquisición de mobiliarios y equipos que se mencionarán deben ser realizados con la participación del personal administrativo para obtener un mejor resultado en la implementación.

- Reasignar la mesa de trabajo al personal, entregar al personal la mesa de altura 74 cm al personal con una estatura menor a 165cm y asignar la mesa de trabajo con altura 78 cm al personal con altura mayor 165 cm. **Ver anexo 32** “Dimensiones del mobiliario en oficinas”.
- Adquirir nuevas sillas ergonómicas para reemplazar las sillas antiguas utilizadas, con características regulables en altura y cómodos según. **Ver anexo 34** “Consideraciones para sillas ergonómicas”.
- La distancia entre el monitor y el ojo de la persona debe ser aproximadamente de 50 cm a 70 cm y a la altura de los ojos. **Ver anexo 32.** “Dimensiones del mobiliario en oficinas”.
- Para personal administrativo que utiliza dos pantallas para sus funciones se recomienda adquisición de un soporte para laptop y ubicarlo junto con la otra pantalla a la altura de los ojos. **Ver anexo 33** “Equipo ergonómico y postura para trabajo con dos pantallas”.
- Para el personal que utiliza computadora de escritorio se recomienda adquirir monitores con regulado de altura o utilizar un soporte que permite aumentar la altura del monitor a nivel del ojo y para el personal que utiliza laptop adquirir cooler para nivelar la altura de la pantalla.
- Personal que utiliza frecuentemente lectura documentos para subir información, se recomienda uso de una porta documento. **Ver anexo 33** “Equipo ergonómico y postura para trabajo con dos pantallas”.
- Para el teclado y mouse deben mantener en mismo plano y proporcionar espacio suficiente para ambos, deben estar ubicados frente al trabajador, dentro de su alcance horizontal.
- El espacio entre el teclado y el borde de la mesa deberá ser suficiente para apoyar las manos y muñecas (10 cm). **Ver anexo 37.** “Teclado ergonómico y postura correcta”.
- Colocar en paralelo las manos durante el uso del teclado, manteniendo el apoyo en antebrazo, este deberá estar a nivel de la altura de la mesa de trabajo.

- Para las dos personas que son zurdos la asignación de la mesa de trabajo debe considerar que los cajones estén en el lado izquierdo y el espacio para actividades.
- Para el personal menor estatura a 160cm deberá asignar un reposa pies. **Ver anexo 35.** "Dimensiones del reposa pies".

Estas recomendaciones también deben considerar para mejorar la forma de trabajo para el personal administrativo de las otras sedes que están realizando trabajo de home office.

Después de implementar las recomendaciones es necesario la evaluación de la eficacia de las medidas de acción implementadas.

13 CAPÍTULO XVIII: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acaro Ramos K. (2019). Sobre peso y Obesidad como Factor de Riesgo para Posturas Forzadas en Sector minero. Universidad Internacional SEK.
- Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (2014). Prevención de lesiones músculo esqueléticas en el procesamiento avícola. (OSHA 3749).
- Agila-Palacios, Enmanuel, Colunga-Rodríguez, Cecilia, González-Muñoz, Elvia, & Delgado-García, Diemen. (2014). Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores Operativos del Área de Mantenimiento de una Empresa Petrolera Ecuatoriana. Ciencia & trabajo. Consultado en febrero 2021. Disponible online:
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492014000300012>
- Asencio, S., Bastante, M., Diego, J. (2012). Evaluación Ergonómica de puestos de trabajo. Madrid, España.
- Cifuentes Rico, C. (2016). Análisis de posturas y propuestas de diseño de puestos de trabajo para el personal administrativo en la sede principal de la fundación Universitaria Agraria de Colombia – UNIAGRARIA entre enero a agosto del 2016. (Tesis de Titulación, Fundación Universitaria Agraria de Colombia). Consultado en enero del 2021. Disponible online:
<https://issuu.com/maosabo/docs/a. tesis cesar cifuentes 2016>
- Diego-Mas, Jose Antonio. Evaluación postural mediante el método RULA. Ergonautas, Universidad Politécnica de Valencia, 2015. Consultado en enero 2021. Disponible online:
<http://www.ergonautas.upv.es/metodos/rula/rula-ayuda.php>

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010). Cambios en las condiciones de trabajo en los últimos años - Resultados de la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo. Consultado en febrero 2021. Disponible online:
<https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs>
- Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (2020). Guía de buenas prácticas ergonómicas para el trabajo remoto durante el confinamiento por la COVID-19. Consultado en julio del 2021. Disponible online:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1555048/Guia_de_buenas_practicas_ergonomicas%20.pdf
- Instituto de Salud Pública de Chile (2016). Guía de ergonomía. identificación y control de factores de riesgo en el trabajo de oficina y el uso de computador. Consultado en febrero del 2021. Disponible online:
<https://www.ispch.cl/sites/default/files/D031-PR-500-02-001%20Guia%20ergonomia%20trabajo%20oficina%20uso%20PC.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2013). Prevención de TME en el sector sanitario - buenas prácticas. España. Consultado en julio del 2021. Disponible online:
<https://www.insst.es/documents/94886/96076/Libro3HOSPIT120613.pdf/1dd28132-7b4b-4414-a83d-ca4db55788a5>
- International Organization for Standardization. (2000). Ergonomics Evaluation of static working postures (ISO 11226).
- International Organization for Standardization. (2014). Ergonomics Application document for International Standards on manual handling (ISO 11228-1, ISO 11228-2 and ISO 11228-3) and evaluation of static working postures (ISO 11226) (ISO TR 12295).
- JÁCOME TROYA, J. (2014). Evaluación Ergonómica de los puestos de trabajo del área de operaciones y negocios de la cooperativa de ahorro y crédito cooprogreso LTDA., y sus correspondientes propuestas para controlar los riesgos detectados. (Tesis de Magister, Universidad Internacional SEK). Consultado en enero del 2021. Disponible online:
<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/794?locale=es>
- Junta de Castilla y León, Asociación de Salud Laboral (2008) Manual de Trastorno músculo esquelético.
- Mondelo P., Gregori Torada E., González O., Gómez M., (2013). Ergonomía 4 El trabajo en oficinas (2da ed).

- Pazmiño Andrade, K. (2015). Evaluación del riesgo ergonómico de movimientos repetitivos y posturas forzadas y su correlación con el dolor en el trabajo diario del personal del área de empaque de una industria farmacéutica. (Tesis de Magister, Universidad San Francisco de Quito). Consultado en enero del 2021. Disponible online:
<https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4499/1/120331.pdf>
- Polo Reynolds Jhon. (2015). Identificación y evaluación rápida de riesgos ergonómicos biomecánicos del personal operativo del área de mantenimiento de la empresa ADC&HAS para proponer la realización de estudios específicos y medidas preventivas. (Tesis de Magister, Universidad Internacional SEK). Consultado en enero del 2021. Disponible online:
<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/1344>
- Salvador Pita F., Sonia Pértega D. (2004). Asociación de variables cualitativas: test de Chi-cuadrado. Consultado en enero del 2021. Disponible online:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2329853>
- Santillán Vieira Carolina. (2010). Análisis ergonómico del entorno físico del personal administrativo de la dirección general académica de la PUCE, durante el período agosto diciembre 2009, para detectar riesgos ergonómicos que podrían desencadenar en afecciones funcionales de columna vertebral. (Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Consultado en enero del 2021. Disponible online:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/3975/T-PUCE3234.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Nórdico

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|----|-----------------------|----|-----------------------------------------|-----------------------|--------------------|----|---------------------------------------|---|-------|-----------------------|---|-------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: | | | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: | | | | SI | NO | Cuantas horas: | | | | Antigüedad en el puesto (año y meses) | | | | | |
| Genero: | M | F | | | | Edad: | años | Horario de Trabajo | | | | | | | |
| | CUELLO | | | HOMBRO | | | DORSAL O LUMBAR | | | CODO O ANTEBRAZO | | | MUÑECA O MANO | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en? | SI | | | SI | I | D | SI | | | SI | I | D | SI | I | D |
| | NO | | | NO | | AMBOS | NO | | | NO | | AMBOS | NO | | AMBOS |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | |
| | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | |
| | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | |
| | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | |
| | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | |
| | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | |
| | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | |
| | > 30 días no seguidas | | | > 30 días no seguidas | | | > 30 días no seguidas | | | > 30 días no seguidas | | | > 30 días no seguidas | | |
| | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | |
| | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | |
| | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | |
| | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | |
| | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | |
| | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | |
| | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | |
| | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | |
| | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | | SI | | |
| | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | | NO | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | 1 | 6 | | 1 | 6 | | 1 | 6 | | 1 | 6 | | 1 | 6 |
| | | 2 | 7 | | 2 | 7 | | 2 | 7 | | 2 | 7 | | 2 | 7 |
| | | 3 | 8 | | 3 | 8 | | 3 | 8 | | 3 | 8 | | 3 | 8 |
| | | 4 | 9 | | 4 | 9 | | 4 | 9 | | 4 | 9 | | 4 | 9 |
| | | 5 | 10 | | 5 | 10 | | 5 | 10 | | 5 | 10 | | 5 | 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | |
| | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | |
| | Otros | | | Otros | | | Otros | | | Otros | | | Otros | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | | | | | | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

2. DATOS DE INFORMACION

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|----------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|-----------------------------|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Usted es: | | zurdo | <input type="checkbox"/> | diestro | <input type="checkbox"/> | Cuantas horas al día utiliza la computadora: | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | ¿Realiza otras actividades? | | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | Realiza labores domésticas: | | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| ¿Qué actividades? | Frecuencia por semana | ¿Qué actividades? | | | Veces por semana | ¿Qué actividades? | | | Veces por semana | | | | | | | | |
| Futbol / Voley | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Estudios | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Cocinar | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Correr | <input type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> | Manejar | <input type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> | Lavar | <input type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Caminar | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Otras: | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Limpia | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Gimnasio | <input type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> | | | 4 veces | <input type="checkbox"/> | Ordenar | <input type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Otras: | <input type="checkbox"/> | 5 veces | <input type="checkbox"/> | | | 5 veces | <input type="checkbox"/> | Uso de PC | <input type="checkbox"/> | 5 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | Otros: | <input type="checkbox"/> | 6 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | Diario | <input type="checkbox"/> | | | Diario | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Diario | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? SI NO

De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa

De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas

¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? SI NO ¿Porque?

¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? SI NO ¿Porque?

TRABAJOS REMOTOS (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA)

Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>A</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> |  <p>B</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto.

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>A</p> |  <p>B</p> |  <p>C</p> |  <p>D</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no regulares <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no regulares <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no regulares <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no regulares <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no regulares <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |

Anexo 2. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 1

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>Analista Contable</u> | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <u>02-2012</u> | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | Cuantas horas: <u>5</u> | | |
| Genero: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <u>8 años</u> | | |
| Edad: <u>37</u> años | | | Horario de Trabajo <u>6:00 -</u> | | |
| | CURVO | TOURNO | DORSAL LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | |
| 5. ¿Cuanto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuanto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuanto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

CT.1

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|--------|---------|----------------|-------------------|---------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Usted es: | | zurdo | diestro | Cuantas horas al día utiliza la computadora: 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ¿Realiza otras actividades? | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza labores domésticas: | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | | <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Que actividades? | Frecuencia por semana | ¿Qué actividades? | Veces por semana | ¿Qué actividades? | Veces por semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Futbol / Voley | <input type="checkbox"/> 1 vez | <input type="checkbox"/> Estudios | <input type="checkbox"/> 1 vez | <input checked="" type="checkbox"/> Cocinar | <input checked="" type="checkbox"/> 1 vez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correr | <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces | <input checked="" type="checkbox"/> Manejar | <input type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> Lavar | <input type="checkbox"/> 2 veces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caminar | <input type="checkbox"/> 3 veces | Otras: | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces | <input type="checkbox"/> Limpiar | <input type="checkbox"/> 3 veces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnasio | <input type="checkbox"/> 4 veces | | <input type="checkbox"/> 4 veces | <input type="checkbox"/> Ordenar | <input type="checkbox"/> 4 veces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras: | <input type="checkbox"/> 5 veces | | <input type="checkbox"/> 5 veces | <input type="checkbox"/> Uso de PC | <input type="checkbox"/> 5 veces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 6 veces | | <input type="checkbox"/> 6 veces | <input type="checkbox"/> Otros: | <input type="checkbox"/> 6 veces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Diario | | <input type="checkbox"/> Diario | | <input type="checkbox"/> Diario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | No hay tiempo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Porque? | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cambio (breve) | | | <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | ¿Porque? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>(A)</p> | |  <p>(B)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con más detalle en la forma que trabajó. | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con más detalle en la forma que trabajó. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | El mueble de mi hogar cumple con las características físicas necesarias | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante su trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DURANTE TRABAJO REMOTO</th> <th>CUELLO</th> <th>ESPALDO</th> <th>DRSAL O LUMBAR</th> <th>CODDO O ANTEBRAZO</th> <th>MUÑECA O MANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto?</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.</td> </tr> <tr> <td>14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto?</td> <td>1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre</td> <td>1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre</td> <td>1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre</td> <td>1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre</td> <td>1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre</td> </tr> <tr> <td>15. ¿Cuánto dura cada episodio?</td> <td>< 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes</td> <td>< 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes</td> <td>< 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes</td> <td>< 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes</td> <td>< 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes</td> </tr> <tr> <td>16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias?</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>17. ¿Su recuperación fue ?</td> <td>Parcial Total</td> <td>Parcial Total</td> <td>Parcial Total</td> <td>Parcial Total</td> <td>Parcial Total</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDO | DRSAL O LUMBAR | CODDO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial Total |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDO | DRSAL O LUMBAR | CODDO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | 1 - 7 días 8 - 30 días > 30 días seguidos siempre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial Total | Parcial Total | Parcial Total | Parcial Total | Parcial Total | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 3. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 2

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Analista de Contabilidad</i> | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <i>07/2017</i> | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | Cuántas horas: <i>24</i> | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <i>7 años</i> | | | | | |
| Genero: <i>M</i> F <input type="checkbox"/> | | | Edad: <i>26</i> años | | Horario de Trabajo <i>Normal</i> | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | CODO | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTEREZO | | MUÑECA O MANO | |
| | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | | < a 1 año <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input type="checkbox"/> | |
| | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | |
| | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | |
| | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | > a 11 años <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuanto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no responde <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no responde <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no responde <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no responde <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no responde <input type="checkbox"/> | |
| | Siempre <input type="checkbox"/> | | Siempre <input type="checkbox"/> | | Siempre <input type="checkbox"/> | | Siempre <input type="checkbox"/> | | Siempre <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Cuanto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cuanto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 10. Pongle nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <p><i>Creo que la silla no me ayuda a veces</i></p> | | | | | | | | | |
| <p>Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.</p> | | | | | | | | | | |

C.T.2

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--------|---------|-----------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Usted es: | | zurdo <input type="checkbox"/> | | diestro <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: <input checked="" type="checkbox"/> 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Práctica actividad Física | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | ¿Realiza otras actividades? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Realiza labores domésticas: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Que actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Futbol / Voley | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> | | Estudios | | <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correr | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar | | <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caminar | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> | | Otras: | | <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> | | Limpiar | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnasio | | <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar | | <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras: | | <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC | | <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: | | <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | Diario | | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza sus pausas activas | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>cada 4 horas</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (masa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Porque? | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Porque? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>estoy en movimiento</i> | | | | | | <i>no es tan cómodo SI / NO</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJO REMOTO [TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>(A)</p> | | | | | |  <p>(B)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <i>siempre habito a la PC</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|     | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DURANTE TRABAJO REMOTO</th> <th>CUELLO</th> <th>ESPALDO</th> <th>DORSAL O LUMBAR</th> <th>CODO O ANTEBRAZO</th> <th>MUÑECA O MANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.</td> </tr> <tr> <td>14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto?</td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. ¿Cuánto dura cada episodio?</td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. ¿Su recuperación fue ?</td> <td>Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 4. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 3

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>Ases Contable</u> | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <u>11-94</u> | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Cuántas horas: <u>2</u> | Antigüedad en el puesto (año y meses) <u>9 años</u> | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Edad: <u>32</u> años | Horario de Trabajo <u>6:30 - 4:15</u> | | |
| | CUELLO | OMÓPLATA | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años > a 11 años | < a 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años > a 11 años | < a 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años > a 11 años | < a 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años > a 11 años | < a 1 año 1 - 5 años 6 - 10 años > a 11 años |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días 8 - 30 días siempre |
| 6. ¿Cuánto dure cada episodio? | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | < 1 hora 1 - 24 horas 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | 0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | 0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | 0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes | 0 días 1 - 7 días 1 - 4 semanas > 1 mes |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 as (molestias muy fuertes) | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo Deportes Otros | Trabajo Deportes Otros | Trabajo Deportes Otros | Trabajo Deportes Otros | Trabajo Deportes Otros |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | |
| Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias. | | | | | |

CT-3

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--------|---------|-----------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usted es : | | zurdo | | diestro | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: <u>13</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | ¿Realiza otras actividades? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Realiza labores domésticas: | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Futbol / Voley <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Estudios <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correr <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar <input checked="" type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caminar <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Limpiar <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnasio <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar <input checked="" type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras: <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: <input type="checkbox"/> | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <u>si hego solo desoccontro a los deas</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Porque? | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <u>salgo a flanta</u> | | | | | | <u>esta a la medida</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJOS REMOTOS (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>(A) Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |  <p>(B) Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <u>no chegeto por la manera encorvada la pc y no suelta a trabajo a una postura</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DURANTE TRABAJO REMOTO</th> <th>CUELLO</th> <th>ESPALDA</th> <th>DORSAL O LUMBAR</th> <th>CODO O ANTEBRAZO</th> <th>MUÑECA O MANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.</td> </tr> <tr> <td>14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto?</td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. ¿Cuánto dura cada episodio?</td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. ¿Su recuperación fue ?</td> <td>Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDA | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDA | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 5. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 4

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Analista Contabilidad</i> | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <i>Oct. 2016</i> | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas: _____ | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <i>4 años</i> | |
| Genero: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | Edad: <i>36</i> años | | Horario de Trabajo <i>6:30 - 4:15</i> | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
| | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años _____ 6 - 10 años _____ > a 11 años _____ | < a 1 año _____ 1 - 5 años _____ 6 - 10 años _____ > a 11 años _____ | < a 1 año _____ 1 - 5 años _____ 6 - 10 años _____ > a 11 años _____ | < a 1 año _____ 1 - 5 años _____ 6 - 10 años _____ > a 11 años _____ | < a 1 año _____ 1 - 5 años _____ 6 - 10 años _____ > a 11 años _____ |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días _____ > 30 días no responde _____ siempre _____ | 1 - 7 días _____ 8 - 30 días _____ > 30 días no responde _____ siempre _____ | 1 - 7 días _____ 8 - 30 días _____ > 30 días no responde _____ siempre _____ | 1 - 7 días _____ 8 - 30 días _____ > 30 días no responde _____ siempre _____ | 1 - 7 días _____ 8 - 30 días _____ > 30 días no responde _____ siempre _____ |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora _____ 1 - 24 horas _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | < 1 hora _____ 1 - 24 horas _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | < 1 hora _____ 1 - 24 horas _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | < 1 hora _____ 1 - 24 horas _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | < 1 hora _____ 1 - 24 horas _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | 0 días _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | 0 días _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | 0 días _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ | 0 días _____ 1 - 7 días _____ 1 - 4 semanas _____ > 1 mes _____ |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 (molestias muy fuertes) | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes _____ Otras _____ | Trabajo _____ Deportes _____ Otras _____ | Trabajo _____ Deportes _____ Otras _____ | Trabajo _____ Deportes _____ Otras _____ | Trabajo _____ Deportes _____ Otras _____ |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <i>Porque lo Laptop + Escritorio son muy bajos.</i> | | | | |
| Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias. | | | | | |

C.T.4

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Usted es: | | zurdo | | diestro | | Cuántas horas al día utiliza la computadora: | | | | | |
| Practica actividad física | | SI NO | | ¿Realiza otras actividades? | | SI NO | | Realiza labores domésticas: | | | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | | 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> | | Estudios | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar | | 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Correr | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar | | 2 veces <input type="checkbox"/> | |
| Caminar | | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | Otras: | | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | Limpiar | | 3 veces <input type="checkbox"/> | |
| Gimnasio | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar | | 4 veces <input type="checkbox"/> | |
| Otras: | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC | | 5 veces <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: | | 6 veces <input type="checkbox"/> | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario | | Diario <input type="checkbox"/> | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | SI NO | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | |
| 2 minutos 1 vez x día | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? Voy a reuniones, SS-HH, etc | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? muy bajo | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  A | | | |  B | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con más detalle en la forma que trabajó. | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con más detalle en la forma que trabajó. | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
|  A | |  B | |  C | |  D | | | | | |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | | | | | | | | | | | |
| CUELLO | | ESPALDA | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI NO <input type="checkbox"/> | | SI NO <input type="checkbox"/> | | SI NO <input type="checkbox"/> | | SI NO <input type="checkbox"/> | | SI NO <input type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | |

Anexo 6. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 5

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>AYUDANTE CONTABLE</u> | | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <u>07-2007</u> | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | Cuantas horas: _____ | | | | Antigüedad en el puesto (año y meses) _____ | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Edad: <u>41</u> años | | Horario de Trabajo _____ | | | | | | | |
| CUELLO | | HOMBROS | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTERAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SI se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | | < a 1 año | | < a 1 año | | < a 1 año | | < a 1 año | | < a 1 año | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| SI se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| > 30 días no regularmente | | > 30 días no regularmente | | > 30 días no regularmente | | > 30 días no regularmente | | > 30 días no regularmente | | > 30 días no regularmente | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | | 0 días | | 0 días | | 0 días | | 0 días | | 0 días | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | 1 6 | | 1 6 | | 1 6 | | 1 6 | | 1 6 | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | | Trabajo | | Trabajo | | Trabajo | | Trabajo | | Trabajo | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Deportes | | Deportes | | Deportes | | Deportes | | Deportes | | Deportes | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| Otros | | Otros | | Otros | | Otros | | Otros | | Otros | |
| <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | POR LA POSTURA | | USAR MAUSE | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

C.T.5

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|----|
| Usted es: | | zurdo | | diestro | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: | | | | |
| Practica actividad Física | SI | NO | ¿Realiza otras actividades? | | SI | NO | Realiza labores domésticas: | | SI | NO |
| Que actividades? | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | <input type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> | Estudios <input type="checkbox"/> | | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Cocinar <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | |
| Correr | <input type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> | Manejar <input type="checkbox"/> | | 2 veces | <input type="checkbox"/> | Lavar <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | |
| Caminar | <input type="checkbox"/> | 3 veces <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> | | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Limpiar <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | |
| Gimnasio | <input type="checkbox"/> | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | 4 veces | <input type="checkbox"/> | Ordenar <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | |
| Otras: | <input type="checkbox"/> | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | 5 veces | <input type="checkbox"/> | Uso de PC <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> | | 6 veces <input type="checkbox"/> | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | Diario | <input type="checkbox"/> | Diario <input type="checkbox"/> | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | SI | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | NO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Porque? | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Porque? | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Porque? | | | | | |

TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA)

Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>A</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> |  <p>B</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto.



| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALDO | DORSAL O LUMBAR | CODDO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |

Anexo 7. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 6

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Analista de Contabilidad</i> | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) <i>01 - 09</i> | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuántas horas: <i>---</i> | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <i>10 años y 2 meses</i> | | | | |
| Genero: <i>M</i> | | F <input type="checkbox"/> | | Edad: <i>37</i> años | | Horario de Trabajo <i>08:30 am - 04:30 pm</i> | | | | |
| | CUELLO | | HOMBROS | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEREZO | | MUÑECA O MANO | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuánto tiempo? | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año | <input type="checkbox"/> 1 - 5 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año | <input type="checkbox"/> 1 - 5 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año | <input type="checkbox"/> 1 - 5 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año | <input type="checkbox"/> 1 - 5 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año | <input type="checkbox"/> 1 - 5 años |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> 8 - 30 días | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> 8 - 30 días | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> 8 - 30 días | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> 8 - 30 días | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> 8 - 30 días |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | <input checked="" type="checkbox"/> < 1 hora | <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> < 1 hora | <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> < 1 hora | <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> < 1 hora | <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> < 1 hora | <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días | <input type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días | <input type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días | <input type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días | <input type="checkbox"/> 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días | <input type="checkbox"/> 1 - 7 días |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 7 |
| | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 8 |
| | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 9 |
| | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> |
| | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

C.T 6

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|----------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|----------------------|--|
| Usted es : | | zurdo | | diestro | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: | | 1 1/2 | | | |
| Practica actividad física | | SI | | NO | | ¿Realiza otras actividades? | | SI | | NO | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | | 1 vez | | Estudios | | 1 vez | | Cocinar | | 1 vez | |
| Correr | | 2 veces | | Manejar | | 2 veces | | Lavar | | 2 veces | |
| Caminar | | 3 veces | | Otras: | | 3 veces | | Limpiar | | 3 veces | |
| Gimnasio | | 4 veces | | Otras: | | 4 veces | | Ordenar | | 4 veces | |
| Otras: | | 5 veces | | Otras: | | 5 veces | | Uso de PC | | 5 veces | |
| | | 6 veces | | Otras: | | 6 veces | | Otros: | | 6 veces | |
| | | Diario | | Otras: | | Diario | | Otros: | | Diario | |
| | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | NO | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | | | ¿Cómo que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | |
| NO | | | | | | SI NO | | | | | |
| ¿Porque? | | | | | | ¿Porque? | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |  <p>B</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
|  <p>C</p> <p>D</p> | | | | | | | | | | | |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | | | | | | | | | | | |
| | | CUELLO | | NUCA O CUELLO | | DORES O LUMBAR | | CODD O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| NO | | NO | | NO | | NO | | NO | | NO | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| NO | | NO | | NO | | NO | | NO | | NO | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | | Parcial | | Parcial | | Parcial | | Parcial | | Parcial | |
| | | Total | | Total | | Total | | Total | | Total | |

Anexo 8. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 7

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Directivo</i> | | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <i>14/12/20</i> | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | Cuantas horas: _____ | | | | Antigüedad en el puesto (año y meses) _____ | | | | | | | | |
| Genero: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | | | Edad: _____ años | | | | Horario de Trabajo <i>9:30-4:00</i> | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | | ESPALDA | | | DORSALO LUMBAR | | | CODO O ANTEBRAZO | | | MUÑECA O MANO | | | |
| | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | |
| SI se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | |
| | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | |
| | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | |
| | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | |
| | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| SI se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | |
| | > 30 días no registrado | | | > 30 días no registrado | | | > 30 días no registrado | | | > 30 días no registrado | | | > 30 días no registrado | | | |
| | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | |
| | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | |
| | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | |
| | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | |
| | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | |
| | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. Pongle a nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 | | 6 | | 1 | | 6 | | 1 | | 6 | | 1 | | 6 | |
| | 2 | | 7 | | 2 | | 7 | | 2 | | 7 | | 2 | | 7 | |
| | 3 | | 8 | | 3 | | 8 | | 3 | | 8 | | 3 | | 8 | |
| | 4 | | 9 | | 4 | | 9 | | 4 | | 9 | | 4 | | 9 | |
| | 5 | | 10 | | 5 | | 10 | | 5 | | 10 | | 5 | | 10 | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | |
| | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | |
| | Otras | | | Otras | | | Otras | | | Otras | | | Otras | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias. | | | | | | | | | | | | | | | | |

C.T.7

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Usted es: | | zurdo | <input checked="" type="checkbox"/> | diestro | <input type="checkbox"/> | Cuántas horas al día utiliza la computadora: | | | | 10 | |
| Practica actividad física | | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | ¿Realiza otras actividades? | | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Realiza labores domésticas: | | <input checked="" type="checkbox"/> | NO |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Estudios | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Cocinar | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> |
| Correr | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> | Manejar | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> | Lavar | <input type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> |
| Caminar | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Otras: | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Limpiar | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> |
| Gimnasio | <input type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> | Otras: | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> | Ordenar | <input type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> |
| Otras: | <input type="checkbox"/> | 5 veces | <input checked="" type="checkbox"/> | Otras: | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 veces | <input checked="" type="checkbox"/> | Uso de PC | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 veces | <input type="checkbox"/> |
| | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | Otros: | <input type="checkbox"/> | 6 veces | <input type="checkbox"/> |
| | | Diario | <input type="checkbox"/> | | | Diario | <input type="checkbox"/> | | | Diario | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|-------------------------------------|
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | |
| | | <p><i>Ma. empleo con terminales - ^{10 min} pausa al refrigerio y refrigerio</i></p> | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Porque? | | <p><i>Espacio adecuado</i></p> | | | |

TRABAJO REMOTO (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA)

Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>A</p> |  <p>B</p> |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. |
| <hr/> | <hr/> |

Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto.



| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | ESPALETA | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no registra <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no registra <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no registra <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no registra <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no registra <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |

Anexo 9. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 8

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>ANALISTA CONTABILIDAD</i> | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) <i>09/2015</i> | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | Cuantas horas: | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <i>5 años, 9 meses</i> | | | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | Edad: <i>49</i> años | | Horario de Trabajo <i>6:30 am - 9:15 pm</i> | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBROS | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años | <input checked="" type="checkbox"/> < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre | <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días o siempre |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input type="checkbox"/> < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes | <input checked="" type="checkbox"/> 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <i>Horas de uso de silla y/o posición sentada en oficina y en casa</i> | | <i>Uso de silla y posición de sentado</i> | | <i>Posición de sentado</i> | | <i>Posición de sentado</i> | | <i>Posición de sentado</i> | |
| Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias. | | | | | | | | | | |

C.T. 8

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

2. DATOS DE INFORMACION

Usted es: zurdo diestro

Cuántas horas al día utiliza la computadora: 8 horas

| Practica actividad Física | NO | ¿Realiza otras actividades? | SI | NO | Realiza labores domésticas | SI | NO |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|----|----|
| Que actividades? | Frecuencia por semana | ¿Qué actividades? | Veces por semana | ¿Qué actividades? | Veces por semana | | |
| Futbol / Voley <input checked="" type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> | Estudios <input checked="" type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> | Cocinar <input type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> | | |
| Correr <input type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> | Manejar <input type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> | Lavar <input checked="" type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> | | |
| Caminar <input type="checkbox"/> | 3 veces <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> | 3 veces <input type="checkbox"/> | Limpiar <input checked="" type="checkbox"/> | 3 veces <input type="checkbox"/> | | |
| Gimnasio <input type="checkbox"/> | 4 veces <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | Ordenar <input checked="" type="checkbox"/> | 4 veces <input type="checkbox"/> | | |
| Otras: <input type="checkbox"/> | 5 veces <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | Uso de PC <input type="checkbox"/> | 5 veces <input type="checkbox"/> | | |
| | 6 veces <input type="checkbox"/> | | 6 veces <input type="checkbox"/> | Otras: <input type="checkbox"/> | 6 veces <input type="checkbox"/> | | |
| | Diario <input checked="" type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input checked="" type="checkbox"/> | | |

¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? SI NO

De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa
1 minuto

De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas

¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? SI NO ¿Porque?

¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? SI NO ¿Porque?

TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA)

Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP



A

Favor de agregar un comentario para aproximarnos con más detalle en la forma que trabaja.



B

Favor de agregar un comentario para aproximarnos con más detalle en la forma que trabaja.

Fuere Espacio de trabajo y realizar ajuste a mi lugar de trabajo en casa.

Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto.


A


B


C


D

| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | TRAPEZIO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |

Anexo 10. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 9

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>Analista Contable</u> | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <u>01-04-2005</u> | | | Realiza horas extras en la semana: <u>SI</u> NO | | | Cuantas horas: <u>4</u> | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <u>15</u> | | | | | | | | | |
| Genero: <u>M</u> | | <u>F</u> | | Edad: <u>47</u> años | | Horario de Trabajo <u>8:30 a 6:00</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| | CUELLO | | ESPALDO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no regularmente <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no regularmente <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no regularmente <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input checked="" type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | Por el horario de Trabajo q' es la > parte del dia | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

CT.9

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| Usted es: | | zurdo | | diestro | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: | | | | |
| Practica actividad Física | | SI | | NO | | ¿Realiza otras actividades? | | Realiza labores domésticas: | | |
| Que actividades? | Frecuencia por semana | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | |
| Futbol / Voley | <input type="checkbox"/> 1 vez | Estudios | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 vez | Cocinar | | <input checked="" type="checkbox"/> 1 vez | <input type="checkbox"/> 1 vez | | |
| Correr | <input type="checkbox"/> 2 veces | Manejar | | <input type="checkbox"/> 2 veces | Lavar | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces | <input type="checkbox"/> 2 veces | | |
| Caminar | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces | Otras: | | <input type="checkbox"/> 3 veces | Limpiar | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces | <input type="checkbox"/> 3 veces | | |
| Gimnasio | <input type="checkbox"/> 4 veces | | | <input type="checkbox"/> 4 veces | Ordenar | | <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces | <input type="checkbox"/> 4 veces | | |
| Otras: | <input type="checkbox"/> 5 veces | | | <input type="checkbox"/> 5 veces | Uso de PC | | <input checked="" type="checkbox"/> 5 veces | <input type="checkbox"/> 5 veces | | |
| | <input type="checkbox"/> 6 veces | | | <input type="checkbox"/> 6 veces | Otros: | | <input type="checkbox"/> 6 veces | <input checked="" type="checkbox"/> 6 veces | | |
| | <input type="checkbox"/> Diario | | | <input type="checkbox"/> Diario | | | <input type="checkbox"/> Diario | <input checked="" type="checkbox"/> Diario | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? He levantado cada 2 horas | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? Tiene la altura necesaria | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | |
|  <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> <p>Esto se realizo a mas en forma laboral.</p> | | | | |  <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | | | | | | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBROS | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> |
| | > 30 días en cualquier tiempo | <input type="checkbox"/> | > 30 días en cualquier tiempo | <input type="checkbox"/> | > 30 días en cualquier tiempo | <input type="checkbox"/> | > 30 días en cualquier tiempo | <input type="checkbox"/> | > 30 días en cualquier tiempo | <input type="checkbox"/> |
| | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora | <input type="checkbox"/> | < 1 hora | <input type="checkbox"/> | < 1 hora | <input type="checkbox"/> | < 1 hora | <input type="checkbox"/> | < 1 hora | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> |
| | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | |

Anexo 11. Cuestionario Nórdico del Area de Contabilidad – CT 10

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>ANALISTA CONTABLE</u> | | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) <u>02-2010</u> | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | Cuantas horas: _____ | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <u>5 años</u> | | | | | | |
| Genero: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Edad: <u>35</u> años | | | Horario de Trabajo <u>de 6:30 a 16:15</u> | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en? | CUELLO | | CODO | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTEREBAZO | | MUÑECA O MANO | | |
| | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input checked="" type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input checked="" type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cuanto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <p><u>MALE POSTURA AL TRABAJAR CON LAPTOP</u> <u>TRABAJAR SIN</u></p> | | | | | | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

CT.10

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|
| Usted es: | | zurdo | | diestro <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: <u>12 Horas</u> | | | |
| Practica actividad Física | | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO | | ¿Realiza otras actividades? | | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO | | Realiza labores domésticas: | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | |
| Futbol / Voley <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> | | Estudios <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar <input type="checkbox"/> | |
| Correr <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar <input checked="" type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar <input type="checkbox"/> | |
| Caminar <input checked="" type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Limpiar <input type="checkbox"/> | |
| Gimnasio <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar <input type="checkbox"/> | |
| Otras: <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC <input checked="" type="checkbox"/> | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: <input type="checkbox"/> | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input checked="" type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | |
| <u>5 minutos en la mañana y tarde</u> | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | ¿Cree que el espacio físico (masa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI NO | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO | | | | |
| ¿Porque? | | | | | ¿Porque? | | | | |
| <u>POR MI PUESTO Y FUNCION</u> | | | | | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | |
|  <p><input checked="" type="checkbox"/> A</p> | | | | |  <p><input type="checkbox"/> B</p> | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | |
| <u>NO CUENTO CON COCLET O MONITOR</u> | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | |
|     | | | | | | | | | |
| <p>A B <input checked="" type="checkbox"/> C D</p> | | | | | | | | | |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | | | | | | | | | |
| CUELLO | | HOMBROS | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| siempre <input checked="" type="checkbox"/> | | siempre <input checked="" type="checkbox"/> | | siempre <input checked="" type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | |

Anexo 12. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 1

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| I. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: | | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) 01/2018 | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: | | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuantas horas: | | Antigüedad en el puesto (mes/año) 01/2018 | | | |
| Genero: | | M <input checked="" type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | Edad: 29 años | | | Horario de Trabajo 6:30AM - 4:30PM | | | |
| | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en ...? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> |
| | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> |
| | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> |
| | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Porgale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input checked="" type="checkbox"/> | 5 <input checked="" type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | Por la postura | | Por la postura | | | | Por la postura | | | |

Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

7.I.1

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Usted es: | | zurdo | | diestro | | Estado Civil: | | | | | |
| Practica actividad Fisica | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | ¿Realiza otras actividades? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Realiza labores domésticas: | | | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Estudios <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | |
| Correr | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar <input checked="" type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | |
| Caminar | | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Limpiar <input checked="" type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | |
| Gimnasio | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar <input checked="" type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | |
| Otras: | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | Uso de PC <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> | | 6 veces <input type="checkbox"/> | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| ¿Realiza pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | |
| 2 min | | | | | | Ligeramente | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? por reportes | | | | | |
| ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Porque? Muy angosto | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJOS REALIZADOS CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajo remoto indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |  <p>B</p> <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
|  <p>C</p> | |  <p>B</p> | |  <p>D</p> | |  <p>A</p> | | | | | |
| CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| 13. ¿He tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> > 30 días no respondido <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> > 30 días no respondido <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no respondido <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no respondido <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no respondido <input type="checkbox"/> | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | |

Anexo 13. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 2

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|-------|---------|----------|-------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>ANUNCIADADA MAESTRA</i> Fecha de ingreso a la empresa (mes/año): <i>05/2014</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI NO Cuanas horas: Antigüedad en el puesto (mes/año) <i>1 años</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Edad: <i>37</i> años Horario de Trabajo <i>0 a 4</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año | 1 - 5 años | 6 - 10 años | > a 11 años | < a 1 año | 1 - 5 años | 6 - 10 años | > a 11 años | < a 1 año | 1 - 5 años | 6 - 10 años | > a 11 años | | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días | 8 - 30 días | > 30 días en repetidos | siempre | 1 - 7 días | 8 - 30 días | > 30 días en repetidos | siempre | 1 - 7 días | 8 - 30 días | > 30 días en repetidos | siempre | | | | | | | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora | 1 - 24 horas | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | < 1 hora | 1 - 24 horas | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | < 1 hora | 1 - 24 horas | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | | | | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | 0 días | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | 0 días | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | 0 días | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | | | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo | Deportes | Otros | Trabajo | Deportes | Otros | Trabajo | Deportes | Otros | Trabajo | Deportes | Otros | Trabajo | Deportes | Otros | Trabajo | Deportes | Otros | Trabajo | Deportes | Otros |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <i>Alto de actividad</i> | | | | | | <i>estar sentado</i> | | | | | | | | | | | | | | |

Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

T.I.2

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Usted es: <input checked="" type="checkbox"/> zurdo <input checked="" type="checkbox"/> diestro | | Estado Civil: <u>CASADO</u> | | Practica actividad Fisica: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | ¿Realiza otras actividades?: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Realiza labores domésticas: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Que actividades? Futbol / Voley <input type="checkbox"/> Correr <input checked="" type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Otras: <input checked="" type="checkbox"/> | | Frecuencia por semana 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | ¿Qué actividades? Estudios <input checked="" type="checkbox"/> Manejar <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> | | Veces por semana 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input checked="" type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | ¿Qué actividades? Cocinar <input type="checkbox"/> Lavar <input checked="" type="checkbox"/> Limpiar <input checked="" type="checkbox"/> Ordenar <input checked="" type="checkbox"/> Uso de PC <input checked="" type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> | | Veces por semana 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | De ser su respuesta SI, Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | |
| De ser su respuesta SI, Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO, Explique porque no realiza pausas activas <i>Actualmente no se realiza en la oficina</i> | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| ¿Porque? <i>No puedo estar sentado tanto tiempo</i> | | | | | | ¿Porque? | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajos remotos indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p style="text-align: center;">A</p> | | | | | |  <p style="text-align: center;">B</p> | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabaja | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabaja | | | | | |
| <i>No tenía la comodidad de una oficina</i> | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
| A | | B | | <input checked="" type="checkbox"/> | | D | | | | | |
| CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | |

Anexo 14. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 3

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>T.I.</u> | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <u>05-11-2020</u> | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | Cuantas horas: _____ | | | Antigüedad en el puesto (mes/año) <u>8 Hx1</u> | | | | | | | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | Edad: <u>35</u> años | | | Horario de Trabajo <u>D/D</u> | | | | | | | | | |
| 1. ¿He tenido molestias en.....? | CUELLO | | | HOMBRO | | | DORSAL O LUMBAR | | | CODO O ANTEBRAZO | | | MUÑECA O MANO | | |
| | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | | | | | | | | | | | | | | | |
| < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | |
| 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | |
| 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | |
| > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | |
| > 30 días no registra | | | > 30 días no registra | | | > 30 días no registra | | | > 30 días no registra | | | > 30 días no registra | | | |
| siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | |
| 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | |
| 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | |
| > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | |
| 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | |
| > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | |
| 2 | | | 2 | | | 2 | | | 2 | | | 2 | | | |
| 3 | | | 3 | | | 3 | | | 3 | | | 3 | | | |
| 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | |
| 5 | | | 5 | | | 5 | | | 5 | | | 5 | | | |
| 6 | | | 6 | | | 6 | | | 6 | | | 6 | | | |
| 7 | | | 7 | | | 7 | | | 7 | | | 7 | | | |
| 8 | | | 8 | | | 8 | | | 8 | | | 8 | | | |
| 9 | | | 9 | | | 9 | | | 9 | | | 9 | | | |
| 10 | | | 10 | | | 10 | | | 10 | | | 10 | | | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | |
| Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | |
| Otros | | | Otros | | | Otros | | | Otros | | | Otros | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

T.I.3

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Usted es: <input checked="" type="checkbox"/> zurdo <input checked="" type="checkbox"/> diestro | | Estado Civil: _____ | | | | | | | | | |
| Practica actividad Fisica <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | ¿Realiza otras actividades? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | Realiza labores domésticas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |
| Que actividades? Futbol / Voley <input checked="" type="checkbox"/> Correr <input type="checkbox"/> Caminar <input checked="" type="checkbox"/> Gimnasio <input checked="" type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> | | Frecuencia por semana 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | ¿Qué actividades? Estudios <input checked="" type="checkbox"/> Manejar <input checked="" type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> | | Veces por semana 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | | ¿Qué actividades? Cocinar <input type="checkbox"/> Lavar <input type="checkbox"/> Limpiar <input type="checkbox"/> Ordenar <input type="checkbox"/> Uso de PC <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> | | Veces por semana 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realice su pausa activa | | | | | |
| De ser su respuesta SI: <u>2 veces al día.</u> | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realice pausas activas | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | |
| ¿Porque? | | | | | | ¿Porque? | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJOS REALIZADOS CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajo remoto indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> <p style="text-align: center;"><u>→ todo bien.</u></p> | | | | | |  <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> <p style="text-align: center;"><u>todo bien.</u></p> | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remota. | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | | | |
| A | | B | | C | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | CUELLO | | HOMBRO | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| > 30 días seguidos | | > 30 días seguidos | | > 30 días seguidos | | > 30 días seguidos | | > 30 días seguidos | | > 30 días seguidos | |
| siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | | Parcial Total | |

Anexo 15. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 4

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Asistente</i> | | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <i>02/11/2020</i> | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | Cuantas horas: _____ | | | | Antigüedad en el puesto (año y meses) _____ | | | |
| Genero: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | | Edad: <i>25</i> años | | Horario de Trabajo _____ | | | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | |
| 1. ¿He tenido molestias en...? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuanto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuanto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuanto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <i>La laptop no esta a la altura de mis ojos</i> | | | | | | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

M.D.

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Usted es: | | zurdo | diestro | Cuantas horas al día utiliza la computadora: <u>8 horas</u> | |
| Practica actividad Física | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | ¿Realiza otras actividades? | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | Realiza labores domésticas: | |
| | | | | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| ¿Qué actividades? | Frecuencia por semana | ¿Qué actividades? | Veces por semana | ¿Qué actividades? | Veces por semana |
| Futbol / Voley | <input type="checkbox"/> 1 vez | Estudios | <input type="checkbox"/> 1 vez | Cocinar | <input type="checkbox"/> 1 vez |
| Correr | <input type="checkbox"/> 2 veces | Manejar | <input type="checkbox"/> 2 veces | Lavar | <input type="checkbox"/> 2 veces |
| Caminar | <input type="checkbox"/> 3 veces | Otras: | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces | Limpiar | <input type="checkbox"/> 3 veces |
| Gimnasio | <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces | | <input type="checkbox"/> 4 veces | Ordenar | <input type="checkbox"/> 4 veces |
| Otras: | <input type="checkbox"/> 5 veces | | <input type="checkbox"/> 5 veces | Uso de PC | <input type="checkbox"/> 5 veces |
| | <input type="checkbox"/> 6 veces | | <input type="checkbox"/> 6 veces | Otros: | <input type="checkbox"/> 6 veces |
| | <input type="checkbox"/> Diario | | <input type="checkbox"/> Diario | | <input type="checkbox"/> Diario |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | |
| | | | <u>Porque no está establecido un programa de pausas activas</u> | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |
| ¿Porque? | | | ¿Porque? | | |

TRABAJOS REMOTOS (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA)

Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><input checked="" type="radio"/> A</p> |  <p><input type="radio"/> B</p> |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. |
| <u>La laptop no esta a la altura de la vista</u> | |

Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto.

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p><input checked="" type="radio"/> A</p> |  <p><input type="radio"/> B</p> |  <p><input type="radio"/> C</p> |  <p><input type="radio"/> D</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | HOYOS | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | |
| 14. ¿Cuanto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Cuanto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |

Anexo 16. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 5

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| I. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Asistente de proyectos de redes</i> | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año): <i>07/2013</i> | | Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Cúantas horas: <i>33</i> | | Antigüedad en el puesto (mes/año): <i>07/2013</i> | | Genero: <i>M</i> | |
| Edad: <i>33</i> años | | Horario de Trabajo: <i>6:30AM - 4:15PM</i> | | CUELLO | | HOMBRO | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuánto tiempo? | | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | | 1 6 2 7 3 8 <input checked="" type="checkbox"/> 4 9 5 10 | | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | | 1 6 2 7 3 8 4 9 5 10 | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | <i>Mucho Tiempo Sentado y falta de conocimiento en las posiciones que se debe estar.</i> | | | | | |
| <p>Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.</p> | | | | | | | | | | | |

py

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| ¿Usted es: | | <input checked="" type="checkbox"/> zurdo | <input checked="" type="checkbox"/> diestro | Estado Civil: | | <input checked="" type="checkbox"/> Soltero | | | | | |
| Practica actividad Física | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | ¿Realiza otras actividades? | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | Realiza labores domésticas: | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | | <input type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> | Estudios | | <input type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> | Cocinar | | <input type="checkbox"/> | 1 vez <input type="checkbox"/> |
| Correr | | <input type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> | Manejar | | <input type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> | Lavar | | <input type="checkbox"/> | 2 veces <input type="checkbox"/> |
| Caminar | | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 veces <input type="checkbox"/> | Otras: | | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | Limpiar | | <input type="checkbox"/> | 3 veces <input type="checkbox"/> |
| Gimnasio | | <input type="checkbox"/> | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | Ordenar | | <input type="checkbox"/> | 4 veces <input type="checkbox"/> |
| Otras: | | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input type="checkbox"/> | Uso de PC | | <input type="checkbox"/> | 5 veces <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | Otros: | | <input type="checkbox"/> | 6 veces <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | Diario <input type="checkbox"/> |
| ¿Realiza pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | <input type="checkbox"/> NO | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | |
| | | | | <i>Me olvido con los pendientes que se tiene en el trabajo, pero fuera del trabajo si lo hago</i> | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | ¿Porque? | | | |
| | | | | <i>Es Trabajo de oficina, caminamos solo para el baño y almuerzo.</i> | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | |
| | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | <input type="checkbox"/> NO | | | |
| | | | | | | | | ¿Porque? | | | |
| | | | | | | | | <i>La silla se puede regular de altura</i> | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJOS REALIZADOS CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajo remoto indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> | | | | | |  <p>B</p> | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó | | | | | |
| | | | | | | <i>Tengo en casa una silla gamer que si cubria y regulaba en varias posiciones a comodidad del trabajo</i> | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| A | | B | | C | | D | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| CUELLO | | HOMBRO | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | |
| | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | |
| | | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | |
| | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | |
| | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | |
| | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | |
| | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | |
| | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | |

Anexo 17. Cuestionario Nórdico del Area de Tecnología – TI 6

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>ASISTENTE DE SISTEMAS</u> | | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) <u>6-11-2017</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Cuantas horas: <u>4</u> | | | | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <u>3 años</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genero: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> | | Edad: <u>25</u> años | | Horario de Trabajo <u>6:30a - 4:15p</u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | |
| | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> | > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A qué atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Otros <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Otros <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <u>Estar todo el día en la laptop</u> | | | | <u>Estar todo el día en la laptop.</u> | | | | | | | | | | | | | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

TI.6

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--------|--------|-----------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usted es: | | zurdo <input type="checkbox"/> | | diestro <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | ¿Realiza otras actividades? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Realiza labores domésticas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Futbol / Voley <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Estudios <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correr <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caminar <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | Limpiar <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnasio <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras: <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI. Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | De ser su respuesta NO. Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | No tengo tiempo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Porque? | | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Porque? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajo continuo | | | | | Tengo que agacharme para ver mi laptop. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJOS REMOTOS (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> | | | | |  <p>B</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|     | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DURANTE TRABAJO REMOTO</th> <th>CUELLO</th> <th>HOMBRO</th> <th>DORSAL O LUMBAR</th> <th>CODO O ANTEBRAZO</th> <th>MUÑECA O MANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto?</td> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.</td> </tr> <tr> <td>14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto?</td> <td>1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. ¿Cuánto dura cada episodio?</td> <td>< 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. ¿Su recuperación fue?</td> <td>Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 17. ¿Su recuperación fue? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 18. Cuestionario Nórdico del Area de Tesorería – TS 1

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Asistente Tesorería</i> | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año): <i>02-04-2018</i> | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | Cuántas horas: <i>08</i> | | Antigüedad en el puesto (año y meses): <i>7 años</i> | | | | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Edad: <i>25</i> años | | Horario de Trabajo: <i>6:30 - 4:15</i> | | | | | | | | |
| | CUELLO | | CODO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <i>El cambio de lugar de la oficina los escritorios son mas cortos y altos</i> | | | | <i>El cambio de lugar de la oficina los escritorios son mas cortos y altos</i> | | | | <i>El cambio de lugar de la oficina los escritorios son mas cortos y altos</i> | | | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

T.S.1

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------|-----------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usted es : | | zurdo | <input type="checkbox"/> | diestro | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuantas horas al día utiliza la computadora: <u>9</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | ¿Realiza otras actividades? | | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | Realiza labores domésticas: | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Que actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Futbol / Voley | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Estudios | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | Cocinar | <input type="checkbox"/> | 1 vez | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correr | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 veces | <input checked="" type="checkbox"/> | Manejar | <input type="checkbox"/> | 2 veces | <input type="checkbox"/> | Lavar | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 veces | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caminar | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Otras: | <input type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | Limpiar | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnasio | <input type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> | | | 4 veces | <input type="checkbox"/> | Ordenar | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras: | <input type="checkbox"/> | 5 veces | <input type="checkbox"/> | | | 5 veces | <input type="checkbox"/> | Uso de PC | <input checked="" type="checkbox"/> | 5 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | | | 6 veces | <input type="checkbox"/> | Otros: | <input type="checkbox"/> | 6 veces | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Diario | <input type="checkbox"/> | | | Diario | <input type="checkbox"/> | | | Diario | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | SI | | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realice pausas activas | | | | | <i>Por estar concentrado en el trabajo</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | | SI | | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | | <input type="checkbox"/> NO | | | | | ¿Porque? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJOS REMOTOS (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>(A)</p> | | | | |  <p>(B)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabaja. | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabaja. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | <i>Tengo muy espacio para poder hacer mi trabajo y se acomodan en un mejor lugar donde hay mayor ventilación</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | | B | | C | | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>DURANTE TRABAJO REMOTO</th> <th>CUELLO</th> <th>LUMBAR</th> <th>DORSAL O LUMBAR</th> <th>CODO O ANTEBRAZO</th> <th>MUÑECA O MANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.</td> </tr> <tr> <td>14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto?</td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. ¿Cuánto dura cada episodio?</td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. ¿Su recuperación fue ?</td> <td>Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | LUMBAR | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | LUMBAR | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reporto <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 19. Cuestionario Nórdico del Area de Tesorería – TS 2

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Sup. Datos Esctructura</i> | | | | Fecha de Ingreso a la empresa (mes/año) <i>03/2014</i> | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | Cuántas horas: <i>6</i> | | Antigüedad en el puesto (año y meses) <i>6 años 9 mes</i> | | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Edad: <i>43</i> años | | Horario de Trabajo <i>6:00 a.m. - 4:00 p.m.</i> | | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBROS | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTERAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año | <input checked="" type="checkbox"/> | < a 1 año | <input checked="" type="checkbox"/> | < a 1 año | <input checked="" type="checkbox"/> | < a 1 año | <input checked="" type="checkbox"/> | < a 1 año | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 1 - 5 años | <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años | <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años | <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años | <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años | <input type="checkbox"/> |
| | 6 - 10 años | <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años | <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años | <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años | <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | > a 11 años | <input type="checkbox"/> | > a 11 años | <input type="checkbox"/> | > a 11 años | <input type="checkbox"/> | > a 11 años | <input type="checkbox"/> | > a 11 años | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuanto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días | <input type="checkbox"/> |
| | > 30 días no registrado | <input type="checkbox"/> | > 30 días no registrado | <input type="checkbox"/> | > 30 días no registrado | <input type="checkbox"/> | > 30 días no registrado | <input type="checkbox"/> | > 30 días no registrado | <input type="checkbox"/> |
| | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> | siempre | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuanto dura cada episodio? | < 1 hora | <input type="checkbox"/> | < 1 hora | <input checked="" type="checkbox"/> | < 1 hora | <input type="checkbox"/> | < 1 hora | <input checked="" type="checkbox"/> | < 1 hora | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 1 - 24 horas | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> |
| | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuanto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 días | <input checked="" type="checkbox"/> | 0 días | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días | <input type="checkbox"/> |
| | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas | <input type="checkbox"/> |
| | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> | > 1 mes | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 | 6 | 1 | 6 | 1 | 6 | 1 | 6 | 1 | 6 |
| | 2 | 7 | 2 | 7 | 2 | 7 | 2 | 7 | 2 | 7 |
| | 3 | 8 | 3 | 8 | 3 | 8 | 3 | 8 | 3 | 8 |
| | 4 | 9 | 4 | 9 | 4 | 9 | 4 | 9 | 4 | 9 |
| | 5 | 10 | 5 | 10 | 5 | 10 | 5 | 10 | 5 | 10 |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> |
| | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | <i>Porque casi todo el día estoy sentado</i> | | <i>fuerza a la computadora</i> | | <i>En algunas ocasiones utilizo tablet para realizar</i> | | <i>Es incómodo.</i> | | <i>utilizo mi trabajo</i> | |

Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

T.S.2

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| Usted es : | | zurdo | | diestro | <input checked="" type="checkbox"/> | Cuantas horas al día utiliza la computadora: | | | | | |
| Practica actividades físicas | | <input checked="" type="checkbox"/> NO | | ¿Realiza otras actividades? | | SI NO | | Realiza labores domésticas: | | | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | |
| Futbol / Voley | | <input type="checkbox"/> 1 vez | | Estudios | | <input type="checkbox"/> 1 vez | | Cocinar | | <input type="checkbox"/> 1 vez | |
| Correr | | <input checked="" type="checkbox"/> 2 veces | | Manejar | | <input type="checkbox"/> 2 veces | | Lavar | | <input type="checkbox"/> 2 veces | |
| Caminar | | <input type="checkbox"/> 3 veces | | Otras: | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces | | Limpiar | | <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces | |
| Gimnasio | | <input type="checkbox"/> 4 veces | | | | <input type="checkbox"/> 4 veces | | Ordenar | | <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces | |
| Otras: | | <input checked="" type="checkbox"/> 5 veces | | | | <input type="checkbox"/> 5 veces | | Uso de PC | | <input type="checkbox"/> 5 veces | |
| Estiramientos | | <input type="checkbox"/> 6 veces | | | | <input type="checkbox"/> 6 veces | | Otros: | | <input type="checkbox"/> 6 veces | |
| | | <input type="checkbox"/> Diario | | | | <input checked="" type="checkbox"/> Diario | | | | <input type="checkbox"/> Diario | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | NO | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | |
| Dos veces por semana | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> NO | | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> SI | | | | | |
| ¿Porque? Porque estoy revisando planos y dibujos | | | | | | ¿Porque? Falta amplitud | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJOS REALIZADOS EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p><input type="checkbox"/> A</p> | | | | | |  <p><input checked="" type="checkbox"/> B</p> | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | |
| | | | | | | No mantengo una postura fija voy cambiando de posición de si siento molestias, la idea es no mantener una postura por un mucho tiempo | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
| A | | B | | C | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | | CUELLO | | HOMBROS | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI NO | | SI NO | | SI NO | | SI NO | | SI NO | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI | | NO | | SI | | NO | | SI | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | | Parcial | | Total | | Parcial | | Total | | Parcial | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Anexo 20. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 1

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: | | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) 1993 | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | Cuantas horas: 4 | | Antigüedad en el puesto (año y meses) 27 | | | | | |
| Genero: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | | Edad: 49 años | | Horario de Trabajo 7:30 - 5:30 PM | | | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBRO | | DORSALO LUMBAR | | CODO O ANTERBRAZO | | MUÑECA O MANO | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en.....? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> 1 - 5 años <input type="checkbox"/> 6 - 10 años <input type="checkbox"/> > a 11 años <input type="checkbox"/> | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta. Pasar al reverso de la hoja. | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> Deportes <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | | | | | | |
| Este cuestionario tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias. | | | | | | | | | | | |

VR 1

CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|------------------------|--------|------|-----------------|------------------|---------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Usted es: | | zurdo | | diestro <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas al día utiliza la computadora: <u>12</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | SI | | NO | | ¿Realiza otras actividades? | | SI | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Qué actividades? | | Frecuencia por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Futbol / Voley <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Estudios <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar <input type="checkbox"/> | | 1 vez <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Correr <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Manejar <input checked="" type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar <input type="checkbox"/> | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Caminar <input checked="" type="checkbox"/> | | 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> | | Otras: <input type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Limpiar <input checked="" type="checkbox"/> | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnasio <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar <input type="checkbox"/> | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otras: <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC <input type="checkbox"/> | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: <input type="checkbox"/> | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | | | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por más de 4h sin levantarse? | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Porque? <u>TRATO DE MOVILIZARME DURANTE INTERVALOS DE TIEMPO</u> | | | | | | ¿Porque? <u>TENGO EL ESPACIO ADECUADO PARA REALIZAR MIS LABORES</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO EN CASA CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la situación (A) o (B) para indicar la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  A | | | | | |  B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | <u>TRATO DE MANTENER LA POSTURA ERGUDA MI MEJA DE TRABAJO PERMITE ELLO.</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adoptó con más frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">DURANTE TRABAJO REMOTO</th> <th style="width: 15%;">CUELLO</th> <th style="width: 15%;">CODO</th> <th style="width: 15%;">DORSAL O LUMBAR</th> <th style="width: 15%;">CODO O ANTEBRAZO</th> <th style="width: 15%;">MUÑECA O MANO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta.</td> </tr> <tr> <td>14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto?</td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> <td>1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>15. ¿Cuánto dura cada episodio?</td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> <td>< 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias?</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>17. ¿Su recuperación fue?</td> <td>Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | | | DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | CODO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 17. ¿Su recuperación fue? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> |
| DURANTE TRABAJO REMOTO | CUELLO | CODO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 13, se finaliza la encuesta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 8 - 30 días <input type="checkbox"/> > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> 1 - 7 días <input type="checkbox"/> 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo 21. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 2

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Asistente de ventas</i> Fecha de ingreso a la empresa (mes/año): <i>JUNIO 2016</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Cuantas horas: _____ Antigüedad en el puesto (mes/año): <i>3 años</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Genero: <i>M</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>F</i> <input type="checkbox"/> Edad: <i>38</i> años Horario de Trabajo: <i>7:30 a 3:30 pm.</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | | HOMBRO | | | DORSAL O LUMBAR | | | CODO O ANTEBRAZO | | | MUÑECA O MANO | | |
| | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | AMBOS <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | | | | | | | | | | | | | | | |
| < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | < a 1 año | | | |
| 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | 1 - 5 años | | | |
| 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | 6 - 10 años | | | |
| > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | > a 11 años | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | 8 - 30 días | | | |
| > 30 días no seguidos | | | > 30 días no seguidos | | | > 30 días no seguidos | | | > 30 días no seguidos | | | > 30 días no seguidos | | | |
| siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | siempre | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | | | | | | | | | | | | | | | |
| < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | < 1 hora | | | |
| 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | 1 - 24 horas | | | |
| 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | |
| > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | 0 días | | | |
| 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | 1 - 7 días | | | |
| 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | 1 - 4 semanas | | | |
| > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | > 1 mes | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> | | | |
| NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 6 | | | 1 6 | | | 1 6 | | | 1 6 | | | 1 6 | | | |
| 2 7 | | | 2 7 | | | 2 7 | | | 2 7 | | | 2 7 | | | |
| 3 8 | | | 3 8 | | | 3 8 | | | 3 8 | | | 3 8 | | | |
| 4 9 | | | 4 9 | | | 4 9 | | | 4 9 | | | 4 9 | | | |
| 5 10 | | | 5 10 | | | 5 10 | | | 5 10 | | | 5 10 | | | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | Trabajo | | | |
| Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | Deportes | | | |
| Otros | | | Otros | | | Otros | | | Otros | | | Otros | | | |
| 12. ¿Explique porque considera eso respuesta? | | | | | | | | | | | | | | | |

Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

V.R 2

Anexo 22. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 3

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: | | C0040-1-10-02 | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año): | | | DICIEMBRE 2011 | | |
| Realiza horas extras en la semana: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas: | | Antigüedad en el puesto (mes/año) | | | | |
| Genero: | | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Edad: | | 42 años | | | | |
| | | | | | | Horario de Trabajo: 7:30 - 17:30 | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | |
| | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año | | < a 1 año | | < a 1 año | | < a 1 año | | < a 1 año | |
| | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | | 1 - 5 años | |
| | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | | 6 - 10 años | |
| | > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | | > a 11 años | |
| | | | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | |
| | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | |
| | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| | > 30 días no seguidos | | > 30 días no seguidos | | > 30 días no seguidos | | > 30 días no seguidos | | > 30 días no seguidos | |
| | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días | | 0 días | | 0 días | | 0 días | | 0 días | |
| | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | |
| | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> | |
| | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | NO <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 6 | | 1 6 | | 1 6 | | 1 6 | | 1 6 | |
| | 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | | 2 7 | |
| | 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | | 3 8 | |
| | 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | | 4 9 | |
| | 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | | 5 10 | |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | |
| | Deportes <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | |
| | Otras <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | | | | | | | | | |

Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

VR. 3.

Anexo 23. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 4

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: | | Repuestos | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año) | | 08/18 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Cuantas horas: | | | | Antigüedad en el puesto (mes/año) | | | | | | | | | | | | | |
| Genero: | | M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Edad: | | años | | Horario de Trabajo | | | | | | | | | | | | | |
| | | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | AMBOS <input type="checkbox"/> | | | | AMBOS <input type="checkbox"/> | | AMBOS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no seguidos <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input checked="" type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | | La postura en la oficina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

U.R.4

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|--|
| ¿Usted es: | | Estudiante <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> NO | | ¿Realiza otras actividades? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | Realiza labores domésticas: | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| Practica actividad Física | | <input checked="" type="checkbox"/> | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | | | |
| Futbol / Voley | | <input type="checkbox"/> | | Estudios | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | Cocinar | | 1 vez <input type="checkbox"/> | | | | |
| Correr | | <input type="checkbox"/> | | Manejar | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | Lavar | | 2 veces <input type="checkbox"/> | | | | |
| Caminar | | <input checked="" type="checkbox"/> | | Otras: | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | Limpiar | | 3 veces <input type="checkbox"/> | | | | |
| Gimnasio | | <input type="checkbox"/> | | | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | Ordenar | | 4 veces <input type="checkbox"/> | | | | |
| Otras: | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | Uso de PC | | 5 veces <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | Otros: | | 6 veces <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | Diario <input type="checkbox"/> | | | | |
| ¿Realiza pausas activas durante su jornada de trabajo? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | |
| cada hora | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Porque? Porque realiza pausas activas | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Porque? | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajos remotos indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | |  <p>Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó.</p> | | | | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> | | |  <p>B <input checked="" type="checkbox"/></p> | | |  <p>C</p> | | |  <p>D</p> | | | | | |
| CUELLO | | | HOMBRO | | | DORSAL O LUMBAR | | | CODDO O ANTEBRAZO | | | MUÑECA O MANO | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | | 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | | 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | |
| 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | |
| 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | |
| > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | | | > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | | | > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | | | > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | | | > 30 días o siempre <input type="checkbox"/> | | |
| siempre <input type="checkbox"/> | | | siempre <input type="checkbox"/> | | | siempre <input type="checkbox"/> | | | siempre <input type="checkbox"/> | | | siempre <input type="checkbox"/> | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | | 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | |
| < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | |
| 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | |
| 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | |
| 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | |
| > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | | 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | | | 17. ¿Su recuperación fue? | | | 17. ¿Su recuperación fue? | | | 17. ¿Su recuperación fue? | | | 17. ¿Su recuperación fue? | | |
| Parcial <input type="checkbox"/> Total <input checked="" type="checkbox"/> | | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | |

Anexo 24. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 5

| CUESTIONARIO NÓRDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <u>ASISTENTE VENTAS</u> fecha de ingreso a la empresa (mes/año) <u>09/2019</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: | | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Cuantas horas: | | Antigüedad en el puesto (mes/año) <u>1 año</u> | | | | | | | | | | | | | |
| Genero: | | M <input type="checkbox"/> | F <input checked="" type="checkbox"/> | Edad: <u>35</u> años | | | Horario de Trabajo <u>7:30 - 1:30 PM</u> | | | | | | | | | | | | | |
| | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha tenido molestias en...? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | 6 - 10 años <input type="checkbox"/> | > a 11 años <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | > 30 días no reportó <input type="checkbox"/> | siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input checked="" type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿A que atribuye estas molestias? | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | | Trabajo <input type="checkbox"/> | | Deportes <input type="checkbox"/> | | Otras <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. ¿Explique porque considera esa respuesta? | La postura y poca pausa activa genero las molestias en el cuello. | | | | | | | | | | Por el caso del mouse | | | | | | | | | |

Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.

V.R.5

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| ¿Ustedes? <input checked="" type="checkbox"/> izquierdo <input type="checkbox"/> zurdo | | diestro <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zurdo | | Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> divorciado | | | | | | | | | | | | | |
| Practica actividad Física | | | ¿Realiza otras actividades? | | | Realiza labores domésticas: | | | | | | | | | | | |
| Que actividades? <input type="checkbox"/> Futbol / Voley <input type="checkbox"/> Correr <input checked="" type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Gimnasio <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> | | | Frecuencia por semana <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input checked="" type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario | | | ¿Qué actividades? <input type="checkbox"/> Estudios <input type="checkbox"/> Manejar <input type="checkbox"/> Otras: <input type="checkbox"/> | | | Veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario | | | ¿Qué actividades? <input type="checkbox"/> Cocinar <input checked="" type="checkbox"/> Lavar <input checked="" type="checkbox"/> Limpiar <input checked="" type="checkbox"/> Ordenar <input checked="" type="checkbox"/> Uso de PC <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> | | | Veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input checked="" type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> 4 veces <input type="checkbox"/> 5 veces <input type="checkbox"/> 6 veces <input type="checkbox"/> Diario | | |
| ¿Realiza pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | | | | | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realiza su pausa activa | | | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas Porque no he deo tiempo | | | | | | | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | ¿Porque? | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> ¿Porque? El nivel de la te de es bajo. | | | | | | | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajos remotos indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> | | | | | |  <p>B</p> | | | | | | | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remota. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | | | | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días <input checked="" type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | 8 - 30 días <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | > 30 días no repetido <input type="checkbox"/> | | > 30 días no repetido <input type="checkbox"/> | | > 30 días no repetido <input type="checkbox"/> | | > 30 días no repetido <input type="checkbox"/> | | > 30 días no repetido <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | siempre <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | < 1 hora <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | 1 - 24 horas <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | 1 - 4 semanas <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | > 1 mes <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | |
| 17. ¿Su recuperación fue? | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Anexo 25. Cuestionario Nórdico del Area de Ventas de Repuestos – VR 6

| CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|
| 1. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | | | |
| Puesto de trabajo: <i>Asist. Ventas</i> | | | | Fecha de ingreso a la empresa (mes/año): <i>Febrero 2020</i> | | | | | | | | | |
| Realiza horas extras en la semana: <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | Cuantas horas: | | Antigüedad en el puesto (mes/año): <i>Febrero 2020</i> | | | | | | | |
| Genero: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | Edad: <i>30</i> años | | Horario de Trabajo: <i>L-V 7:30AM-5:30PM</i> | | | | | | | | | |
| 3. ¿Ha tenido molestias en...? | CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | | |
| | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | I <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> | | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 1, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ¿Desde hace cuanto tiempo? | | < a 1 año | 1 - 5 años | 6 - 10 años | > a 11 años | < a 1 año | 1 - 5 años | 6 - 10 años | > a 11 años | < a 1 año <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 5 años <input type="checkbox"/> | | |
| 3. ¿Ha necesitado cambiar de puesto de trabajo? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 4. ¿Ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | | | |
| 5. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses? | | 1 - 7 días | 8 - 30 días | > 30 días o siempre | siempre | 1 - 7 días | 8 - 30 días | > 30 días o siempre | siempre | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | 8 - 30 días <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 6. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | 1 - 24 horas | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | < 1 hora | 1 - 24 horas | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 7. ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses? | | 0 días | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | 0 días | 1 - 7 días | 1 - 4 semanas | > 1 mes | 0 días <input checked="" type="checkbox"/> | 1 - 7 días <input type="checkbox"/> | | |
| 8. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias en los últimos 12 meses? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 9. ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 10. Pongale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 10 es (molestias muy fuertes) | | 1 | 6 | 2 | 7 | 3 | 8 | 4 | 9 | 5 | 10 | | |
| 11. ¿A qué atribuye estas molestias? | | Trabajo <input type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | Deportes <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | Trabajo <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 12. ¿Explique porque considere esa respuesta? | | | | | | Por el tiempo de trabajo que se realiza en el día a día | | | | Igual al caso anterior | | | |
| <p>Hola, este cuestionario anonimo tiene como propósito la evaluación ergonómica en trabajadores administrativos. Dicha información nos ayudará a implementar mejoras, que puedan garantizar condiciones adecuadas de trabajo en su entorno laboral por lo cual se solicita que complete las preguntas siendo sincero en su respuesta... Gracias.</p> | | | | | | | | | | | | | |

U.R.6

CUESTIONARIO NORDICO DE SINTOMAS MUSCULO ESQUELETICO

| 2. DATOS DE INFORMACION | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|----|-----------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|----|
| Usted es: | | izquierdo | | diestro | | Estado Civil: | | Soltero | | | |
| Practica actividad Fisica | | SI | NO | ¿Realiza otras actividades? | | SI | NO | Realiza labores domésticas: | | SI | NO |
| Que actividades? | Frecuencia por semana | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | ¿Qué actividades? | | Veces por semana | | | |
| Futbol / Voley | 1 vez | Estudios | | 1 vez | Cocinar | | 1 vez | | | | |
| Correr | 2 veces | Manejar | | 2 veces | Lavar | | 2 veces | | | | |
| Caminar | 3 veces | Otras: | | 3 veces | Limpiar | | 3 veces | | | | |
| Gimnasio | 4 veces | | | 4 veces | Ordenar | | 4 veces | | | | |
| Otras: | 5 veces | | | 5 veces | Uso de PC | | 5 veces | | | | |
| | 6 veces | | | 6 veces | Otras: | | 6 veces | | | | |
| | Diario | | | Diario | | | Diario | | | | |
| ¿Realizas pausas activas durante su jornada de trabajo? | | | | SI | | | | NO | | | |
| De ser su respuesta SI: Detalle la frecuencia y el tiempo en que realice su pausa activa | | | | | | | | De ser su respuesta NO: Explique porque no realiza pausas activas | | | |
| | | | | | | | | Porque hay mucha carga laboral | | | |
| ¿Permanece sentado en su lugar de trabajo por mas de 4h sin levantarse? | | | | SI | | | | NO | | | |
| ¿Porque? | | | | | | | | ¿Cree que el espacio físico (mesa de trabajo) en el que trabaja es adecuado para usted? | | | |
| Porque hay que ir a los Servicios Médicos | | | | | | | | SI | | | |
| | | | | | | | | NO | | | |
| | | | | | | | | ¿Porque? | | | |
| | | | | | | | | Debería ser ajustable a la postura de cada persona | | | |
| TRABAJO REMOTO (TRABAJO REALIZADO CON EL USO DE PC O LAPTOP DURANTE LA CUARENTENA) | | | | | | | | | | | |
| Durante su trabajos remotos indique la postura promedio que adoptaba durante el uso de su PC o LAPTOP | | | | | | | | | | | |
|  <p>A</p> | | | | | |  <p>B</p> | | | | | |
| Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | | Favor de agregar un comentario para aproximarnos con mas detalle en la forma que trabajó. | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Marque la postura que adopto con mas frecuencia durante sus trabajo de manera remoto. | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| A | | B | | C | | D | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| CUELLO | | HOMBRO | | DORSAL O LUMBAR | | CODO O ANTEBRAZO | | MUÑECA O MANO | | | |
| 13. ¿Ha tenido molestias durante su trabajo remoto? | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | | |
| | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | |
| Si se contesta NO a la pregunta 4, se finaliza la encuesta | | | | | | | | | | | |
| 14. ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en su trabajo remoto? | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | | 8 - 30 días | |
| | | > 30 días | | > 30 días | | > 30 días | | > 30 días | | > 30 días | |
| | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | | siempre | |
| 15. ¿Cuánto dura cada episodio? | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | | < 1 hora | |
| | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | | 1 - 24 horas | |
| | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | | 1 - 7 días | |
| | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | | 1 - 4 semanas | |
| | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | | > 1 mes | |
| 16. ¿Ha recibido tratamiento por estas molestias? | | SI | | SI | | SI | | SI | | SI | |
| | | NO | | NO | | NO | | NO | | NO | |
| 17. ¿Su recuperación fue ? | | Parcial | | Parcial | | Parcial | | Parcial | | Parcial | |
| | | Total | | Total | | Total | | Total | | Total | |

Anexo 26. Clasificación nivel de riesgo rula y resultados cuestionario nórdico de Contabilidad y Tecnología información.

| N° | CÓDIGO | ÁREA | PUESTO DE TRABAJO | HORA DE USO COMPUTADOR A | PAUSAS ACTIVAS | | USO DE COMPUTADORA SIN LEVANTARSE | | NIVEL DE RIESGO | GRADO DE DOLOR (Max) | SINTOMA TME EN OFICINAS | | | | | |
|----|--------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------|--------|--------|-----------------|------------------|---------------|
| | | | | | Realiza | Informacion | Tiempo | Informacion | | | RULA | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CT .1 | CONTABILIDAD | Asistente Contable | 12 | No | Falta de tiempo | > 4h | Carga Laboral | 3 | 0 | No | No | No | No | No | |
| 2 | CT .2 | | Analista de Controlling | 9 | SI | Cada 4 horas | < 4h | Esta en movimiento | 5 | 6 | No | Si | Si | No | No | |
| 3 | CT .3 | | Asistente Contable | 13 | NO | Puedo desconcentrar a los demas | < 4h | Visito a planta | 3 | 0 | No | No | No | No | No | |
| 4 | CT .4 | | Analista de Controlling | 8 | SI | Una vez por dia x 4 min | < 4h | Asiste a reuniones, sshh, etc | 4 | 4 | Si | No | No | No | No | |
| 5 | CT .5 | | Auxiliar Contable | 8 | NO | Falta de tiempo | > 4h | Carga Laboral | 6 | 6 | Si | No | Si | No | Si | |
| 6 | CT .6 | | Analista de Controlling | 9 | NO | Carga Laboral | > 4h | Carga Laboral | 3 | 3 | Si | Si | Si | No | Si | |
| 7 | CT .7 | | Practicante | 10 | NO | Cuando voy al refrigerio descanso | < 4h | Carga Laboral | 4 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 8 | CT .8 | | Analista de Controlling | 8 | SI | 1 min | < 4h | Carga Laboral | 5 | 10 | Si | Si | Si | No | Si | |
| 9 | CT .9 | | Analista Contable | 10 | NO | Carga Laboral | < 4h | Se levanta cada 2 horas | 4 | 10 | Si | Si | Si | Si | Si | |
| 10 | CT .10 | | Analista Contable | 12 | SI | 5 min en el dia 5 min en la tarde | > 4h | Carga Laboral | 4 | 8 | No | No | Si | No | No | |
| 11 | TI. 1 | TECNOLOGIA DE INFORMACION | Programador de sistemas Junior | 9 | NO | Eventualmen al dia 2 min | > 4h | Carga Laboral | 4 | 5 | Si | Si | No | Si | No | |
| 12 | TI. 2 | | Analista Data Maestra | 9 | NO | No se realiza en la empresa | < 4h | No puede estar sentado por tanto tiempo. | 6 | 2 | SI | No | Si | No | Si | |
| 13 | TI. 3 | | Analista de Sistemas | 9 | SI | Dos veces al dia | < 4h | Se levanta cada 2 horas | 3 | 0 | No | No | No | No | No | |
| 14 | TI.4 | | Asistente T.I | 9 | No | No lo realizan en mi area. | < 4h | Por me levanto para ir a los sshh | 4 | 6 | No | No | Si | No | No | |
| 15 | TI.5 | | Asistente de proyecto de mejora | 9 | No | Se olvida por los pendientes que tiene en el | > 4h | Carga Laboral | 4 | 8 | No | No | Si | No | No | |
| 16 | TI.6 | | Asistente de Sistemas | 9 | NO | No se tiene tiempo por trabajo | > 4h | Trabajo continuo | 5 | 8 | Si | No | Si | No | No | |

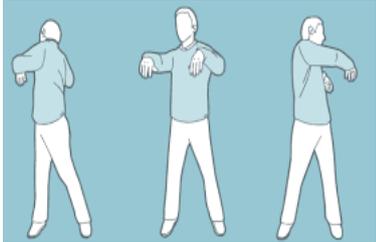
Anexo 27. Clasificación nivel de riesgo rula y resultados cuestionario nórdico de Tesorería y Ventas.

| N° | CÓDIGO | ÁREA | PUESTO DE TRABAJO | HORA DE USO COMPUTADOR A | PAUSAS ACTIVAS | | USO DE COMPUTADORA SIN LEVANTARSE | | NIVEL DE RIESGO | GRADO DE DOLOR (Max) | SINTOMA TME EN OFICINAS | | | | | |
|----|--------|-----------|---------------------------|--------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-------------------------|--------------------|--------|-----------------|------------------|---------------|
| | | | | | Realiza | Informacion | Tiempo | Informacion | | | RULA | Detalle en tabla 3 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | CUELLO | HOMBRO | DORSAL O LUMBAR | CODO O ANTEBRAZO | MUÑECA O MANO |
| 17 | TS. 1 | TESORERIA | Asistente Tesorería | 9 | NO | Por estar concentrado en el trabajo | < 4h | Se levanta para ir a los servicios higienes o al | 6 | 7 | No | Si | No | Si | Si | |
| 18 | TS. 2 | | Auxiliar Tesorería | 9 | SI | Uno o dos veces al dia | < 4h | Se levanta para ir a los servicios higienes o al compañero | 3 | 7 | Si | No | No | No | Si | |
| 19 | VR. 1 | VENTAS | Jefe de Repuesto y Ventas | 12 | NO | | < 4h | Trata de movilizarse | 3 | 0 | No | No | No | No | No | |
| 20 | VR. 2 | | Asistente de Ventas | 9 | NO | No tiempo para hacerlo | < 4h | Esta en movimiento | 6 | 0 | No | No | No | No | No | |
| 21 | VR. 3 | | Administrador | 9 | NO | No alcanza el tiempo | > 4h | Carga Laboral | 4 | 8 | Si | No | Si | No | No | |
| 22 | VR. 4 | | Venta de Respuesto | 9 | SI | Cada Hora | < 4h | Porque realiza pausas activas | 6 | 3 | Si | No | No | No | No | |
| 23 | VR. 5 | | Asistente de Ventas | 9 | No | Porque no hay tiempo | > 4h | Por el trabajo. | 5 | 8 | Si | No | Si | Si | Si | |
| 24 | VR. 6 | | Asistente de Ventas | 9 | No | Porque hay mucha carga laboral | < 4h | Por que dirige al sshh | 4 | 5 | No | No | No | Si | Si | |
| 25 | VR. 7 | | Administrador | 9 | SI | Cada dos horas | <4 h | Levanta para ir a los ss.hh | 6 | 8 | Si | No | Si | Si | Si | |

Anexo 28. Pausas actividad para personal administrativo

Consideraciones

Los ejercicios de pausas activas, debe tener una duración mínima de 5 a 10 minutos. Los ejercicios de movilización: realizarlo mínimo 5 repeticiones por ejercicio o bien realizar cada ejercicio al menos durante 10 segundos.

| | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>ESTIRAMIENTO DE ESPALDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brazos encima de la cabeza. ✓ Colocar las palmas arriba ✓ Dedos cruzados 5 a 10 seg. ✓ Estirar ambos brazos hasta sentir una leve tensión |  |
| 2 | <p>FLEXIÓN DEL TRONCO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brazos doblados hacia un costado. ✓ Colocar mano en codo contrario ✓ Flexionar tronco hacia un costado ✓ De 5 a 10 seg a cada lado, hasta sentir una suave tensión. |  |
| 3 | <p>ROTACIÓN DEL TRONCO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rotar el tronco en uno y otro sentido. ✓ Duración de ejercicio 10 seg. |  |
| 4 | <p>FLEXIÓN Y EXTENSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extender hacia atrás el cuello, de forma que la cabeza toque con una pared. ✓ Mantener una tensión suave de 5 a 10 seg. |  |

| | | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 | <p>FLEXIÓN LATERAL DE CUELLO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acercar la oreja al hombro del lado correspondiente, fijando la mirada durante todo el recorrido en un punto fijo, con una duración 5 a 10 segundos en cada lado. |  |
| 6 | <p>EJERCICIOS PARA HOMBROS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elevar y descender los dos hombros. ✓ Realizarlo con lentitud y acompañar el movimiento con inspiración al elevarlos, y expiración al descenderlos. |  |
| 7 | <p>EJERCICIOS PARA MUÑECAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Extensión de muñecas ✓ Estiramiento del antebrazo. ✓ Movimientos hacia abajo estirando la muñeca. ✓ Duración de 10 segundos, extendiendo cada antebrazo hasta sentir una suave tensión. |  |
| 8 | <p>MOVIMIENTO DE PIES Y PIERNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proyecte un círculo con el pie y realice este movimiento dos veces y cambie de pie. ✓ El muslo se mantiene en posición vertical ✓ Duración del ejercicio 5 a 10 seg, <p>ESTIRAMIENTO DE PIES Y PIERNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Leve tracción de la pierna y contracción de la pantorrilla. ✓ Duración de 10 segundos, hasta sentir una suave tensión. |  |

Anexo 29. Pausas actividad para personal administrativo según ACHS



TIPO DE FICHA
APRENDE A HACER



TEMA
ERGONOMÍA

PÚBLICO
TRABAJADORES

EJERCICIOS PARA DESCANSAR CUELLO, HOMBROS Y VISTA

DESPUÉS DE VARIAS HORAS SEGUIDAS DE TRABAJO, ES RECOMENDABLE HACER UNA PAUSA Y REALIZAR EJERCICIOS QUE AYUDEN A RELAJAR LOS MÚSCULOS QUE MÁS SE UTILIZAN DURANTE LA JORNADA LABORAL. ASÍ SE EVITAN MOLESTIAS MAYORES O DOLORS MÁS INTENSOS.

INDICACIONES PARA EJECUTAR EJERCICIOS

- Nunca los realices con apuro
- Intenta concentrarte en los músculos que estás ejercitando para que logres relajarlos totalmente
- Cada ejercicio debe repetirse por al menos, 10 segundos



EJERCICIOS PARA EL CUELLO

MOVILIZACIÓN OBLICUA DEL CUELLO

1. Mira hacia abajo
2. Gira la cabeza en forma diagonal de un lado a otro

MOVIMIENTO SEMICIRCULAR DEL CUELLO

1. Comienza girando la cabeza hacia uno de los dos costados
2. Baja lentamente el mentón y realiza un semi círculo hasta llegar con la cabeza al otro extremo

LATERALIZACIÓN DE LA CABEZA

1. Comienza girando la cabeza hacia uno de los dos costados
2. Mueve la cabeza lentamente con la vista en frente hasta llegar a la misma posición inicial pero al lado contrario.

EJERCICIOS PARA LOS HOMBROS

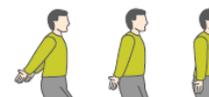
GIRO DE HOMBROS

1. Dobra los brazos y pon las manos sobre los hombros.
2. Mantén los brazos formando una línea recta hacia los lados.
3. Gira los hombros hacia adelante y atrás repitiendo 10 veces en ambos casos.



ELONGACIÓN DE HOMBROS

1. Comienza con los brazos estirados a un costado del cuerpo.
2. Levántalos hacia atrás girando los hombros y llévalos hacia adelante.
3. Repite este movimiento hacia adelante y atrás, 10 veces respectivamente.



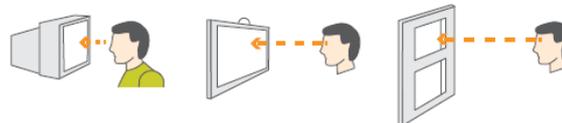
ELONGACIÓN DE HOMBROS Y BRAZOS

1. Comienza con los brazos estirados a un costado del cuerpo.
2. Levanta un brazo lo más que puedas y vuelve a dejarlo a un costado del cuerpo.
3. Repite el mismo ejercicio con el otro brazo.



RELAJACIÓN DE LA VISTA

1. Aleja la vista del monitor del computador.
2. Busca un punto lejano y detente a observarlo por 10 segundos.
3. Vuelve la vista al monitor, y repite el mismo ejercicio una vez más.



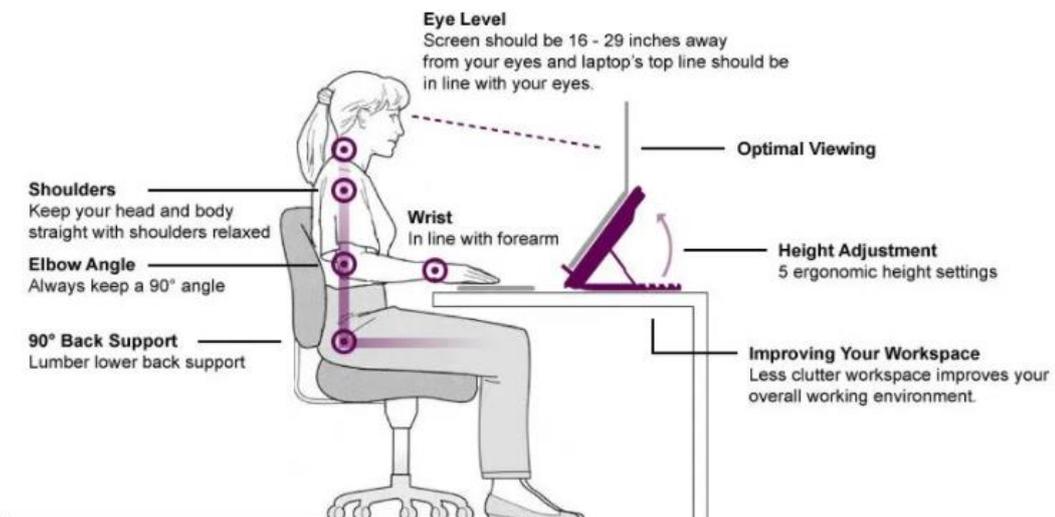
Anexo 30 Señalización de Concientización Ergonómico



Anexo 31. Postura ergonómica para trabajos en oficinas y/o trabajo remoto.

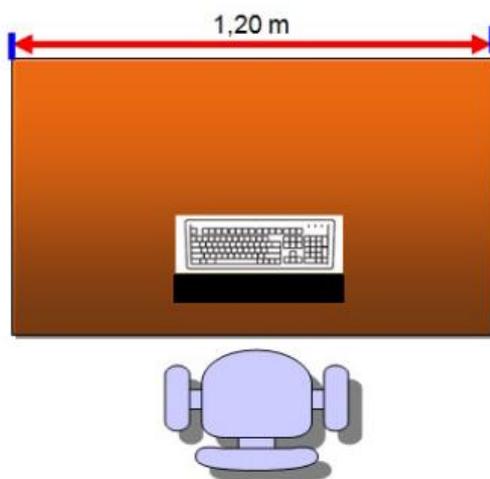


Fuente: Libro de ergonomía en oficinas

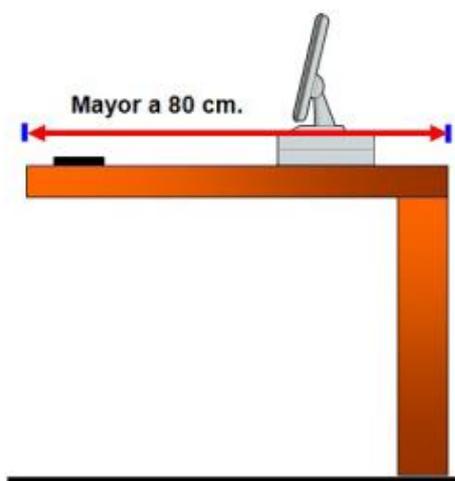


Recuperado: <https://clipset.com/trucos-ergonomia-trabajo-silla-monitor-teclado-raton/>

Anexo 32. Dimensiones del mobiliario en oficinas.



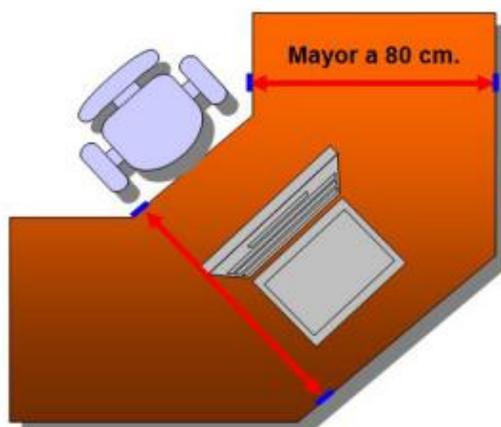
Ancho del escritorio: Debe ser lo suficientemente amplio para permitir la disposición del computador o CPU (si corresponde), la pantalla o monitor, teclado, mouse y teléfono, así como la distribución de todos aquellos elementos necesarios para desarrollar la tarea (documentos, agenda, corchetera, etc.) Se recomienda que el ancho de la superficie de trabajo sea de 1,20 m.



Profundidad del escritorio: La profundidad debe permitir desplazar la pantalla o monitor a una zona óptima de unos 50 cm. a 70 cm. de distancia entre el ojo y la pantalla. Además debe permitir acomodar el teclado y apoyar muñecas del teclado cuando sea necesario y dejar un espacio para apoyo de las muñecas y antebrazos.

Se recomienda una profundidad de 80 cm., e idealmente mayor.

Con el propósito de optimizar el espacio de trabajo, una de las alternativas es el uso del escritorio en forma de escuadra. Con esta configuración se puede ocupar el vértice para ubicar la pantalla o monitor.

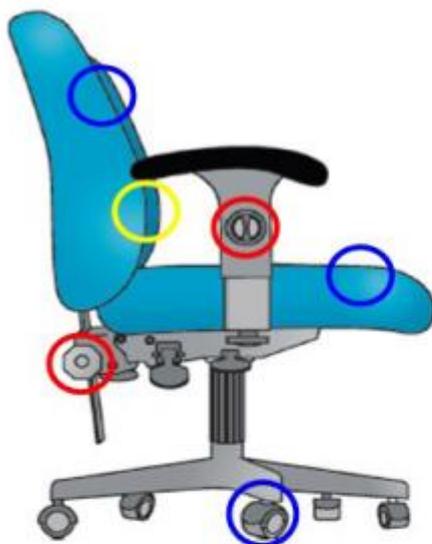


Fuente: Notas prácticas sobre Mobiliario y equipo de trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España – INSHT.

Anexo 33. Equipo ergonómico y postura para trabajo con dos pantallas

Recuperado: <https://media.ergotron.com/reserved/resources/portableergonomic-whitepaper-es-orig.pdf>

Anexo 34. Dimensiones del mobiliario en oficinas.



Respaldo: Debe ser independiente del asiento. La regulación de la inclinación del respaldo debe permitir diferentes grados de inclinación, según las preferencias del usuario, los requerimientos de la tarea y el tiempo de ocupación (que puede requerir cambios posturales).

Apoyo lumbar: Debe permitir el apoyo de la zona lumbar, e idealmente debe poseer un mecanismo de ajuste.

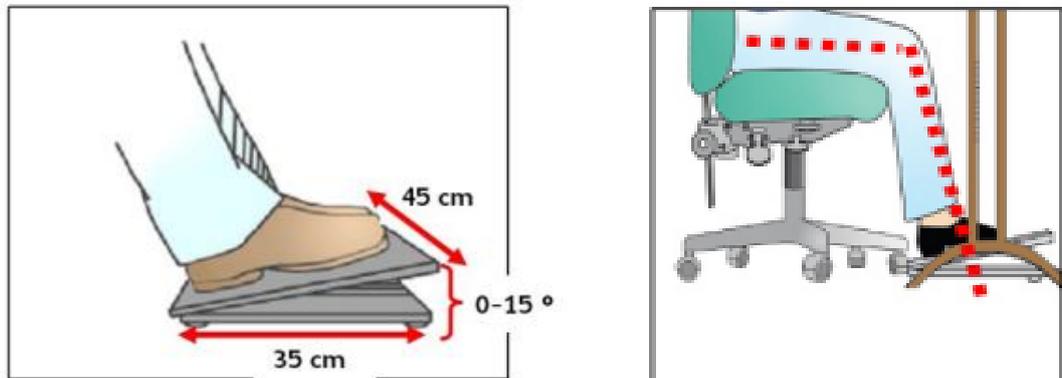
Apoyabrazos: Los apoyabrazos deben ser regulables en altura. Idealmente pueden tener una regulación en la apertura de estos. Pueden no existir si hay suficiente apoyo de los antebrazos en la superficie de trabajo.

Asiento: Debe ser lo más plano posible, con un borde anterior redondeado. Debe poder regularse en altura y un ancho suficiente para el usuario. El tapiz debe permitir una buena disipación del calor y la humedad.

Comandos de ajuste: Los comandos de ajuste deben estar en buenas condiciones y ser fáciles de operar, idealmente desde la posición sentado. Los ajustes no deben activarse en forma involuntaria.

Apoyo y ruedas: Se recomienda la utilización de sillas dotadas de 5 ruedas en los apoyos cuando se utilicen computadores. El tipo de ruedas debe adecuarse a la clase de suelo existente y a la naturaleza de la tarea. La resistencia de las ruedas al iniciar el movimiento debe ser suficiente para evitar desplazamientos involuntarios en superficies con poca fricción.

Anexo 35. Dimensiones del reposa pies.



Tamaño:

La superficie del reposapiés debe permitir al usuario variar las posiciones de sus pies. Las dimensiones pueden variar, siendo recomendables como mínimo unos 35 cm de profundidad y 45 cm de ancho, pudiendo esta última dimensión ser mayor cuando se utiliza con superficies de trabajo más amplias.

Altura:

El reposapiés debe ser ajustable en altura, con un ajuste mínimo de 0 a 16 cm. Cuando una persona está sentada en un banco alto, se recomienda rangos altos de ajuste. Si no es regulable en altura, el reposapiés deberá ser adecuado a la persona en ese puesto de trabajo.

Pendiente:

La pendiente del reposapiés debe ser cómoda para el usuario y con ajustes entre los 0° y 15° como mínimo.

Regulación:

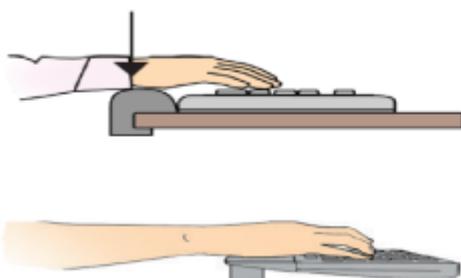
Los usuarios deben ser capaces de ajustar el reposapiés, mientras están sentados, preferiblemente con los pies, tanto en altura como en la pendiente y en forma independiente.

Anexo 36. Uso de soporte documentario y postura ergonómica.



La posición óptima para visualizar el documento, es entre el teclado y la pantalla, para evitar girar la cabeza fuera de la línea media, y colocar el documento en un ángulo donde la luz incida sobre él facilitando la lectura. También pueden ser ubicado al lado de la pantalla, aunque se debe tener cuidado con los deslumbramiento directo o el contraste.

En la figura N° 16, el porta documento está situado al lado de la pantalla y a la vez muy cerca de la línea media; por lo cual solo se realiza un leve giro de la cabeza y cuello.

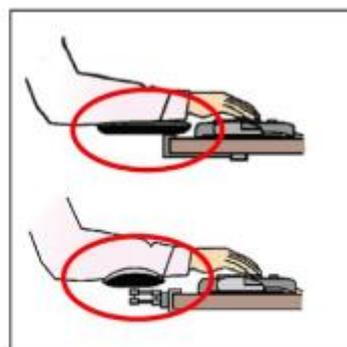


Propiedades del apoya muñecas para el teclado.

- Superficie blanda.
- Densidad uniforme.
- Base anti deslizante.
- Longitud similar al ancho del teclado.
- Altura similar a la altura media del teclado.
- Aristas y esquinas blandas y redondeadas.

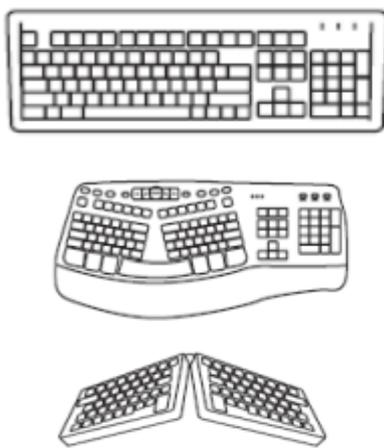


Apoya brazos externo fijo



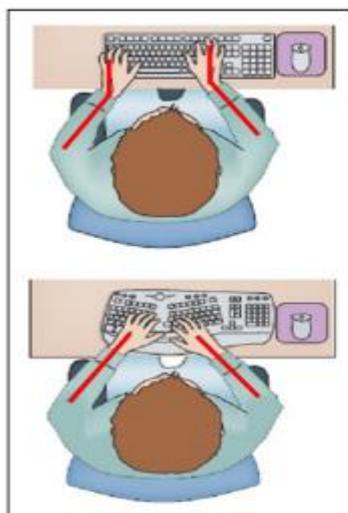
Apoya brazos externo móvil

Anexo 37. Consideraciones para uso de teclado y mouse.



El teclado estándar como el primero de la figura N° 19, es apropiado la mayoría de las veces, conservando las muñecas alineadas en una posición neutra de flexo extensión, sin embargo los teclados con características ergonómicas tienen la ventaja de reducir la desviación cubital o lateral de las muñecas.

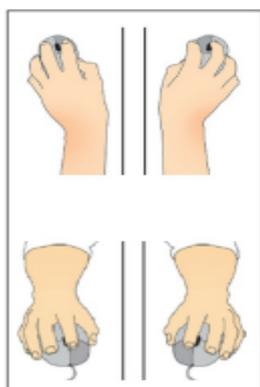
El paso en el uso de un teclado estándar a un teclado con características ergonómicas (en relación con el rendimiento), en la mayoría de los casos se logra luego de practicar unos días. Sin embargo es aconsejable probar este tipo de teclados, antes de invertir en su compra.



Se debe evitar la desviación de las muñeca hacia afuera de la línea media proyectada desde el antebrazo mientras se digita.

Se debe mantener las muñecas alineadas con respecto a la línea longitudinal del antebrazo.

Con el teclado tradicional se puede mantener una buena alineación, sin embargo puede ser ayudada por el uso de un teclado con una orientación del teclado.



También se debe evitar la desviación de las muñecas hacia afuera de la línea media al manipular el mouse. Esta desviación se produce por una habito postural al mantener las muñecas con una desviación cubital, ya sea de la muñeca derecha o bien la izquierda.

Se debe mantener las muñecas alineadas con respecto a la línea longitudinal del antebrazo.

Anexo 38. Mediciones y revisiones de la mesa y silla de trabajo.

