

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 1 de 11

Lee detenidamente las preguntas de este cuestionario. Tus respuestas facilitarán conocer mejor el estado de salud de las personas que trabajan en el sector del transporte de mercancías por carretera, y su posible relación con las condiciones de trabajo, las exigencias psicofísicas y su relación con la edad. Marca con una “ X “ la respuesta que se ajuste mejor a tu situación actual (En caso necesario puedes escribir al lado de cada respuesta o al final del cuestionario, algún comentario que aclare mejor tus respuestas).

Esta información es anónima, y sus resultados se utilizaran SOLO para este proyecto y eventualmente los datos podrán ser puestos en conocimiento de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales para tareas de control.

Muchas Gracias por tu tiempo y colaboración.

Estudio sobre salud y seguridad en el trabajo de los conductores mayores en el transporte de mercancías por carretera

Fecha cuestionario: _____

Provincia: _____

Una vez cumplimentes el cuestionario, debe enviarlo a la entidad ejecutante del presente proyecto, o directamente a la siguiente dirección:

- Responsable Territorial que te lo hizo llegar
- Técnico Responsable david.cabezuelo@smcugt.org

Códigos de acción:
AS 0099-2015 AS 0104-2015

CON LA FINANCIACIÓN DE
FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES



PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 2 de 11

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 3 de 11

I.- DATOS SOCIOLABORALES

P.1 ¿Cuál es el tipo de transporte que realizas habitualmente?

- Transporte de mercancías menor de 3,5T
 Transporte de mercancías mayor de 3,5T
 Otro puesto. Indica cual: _____

P.2 ¿Cuál es el tipo de desplazamiento que realizas habitualmente? (puedes señalar varias opciones si es tu caso)

- Internacional
 Nacional
 Otro. Indica cuál: _____

P3. ¿Cuántas personas trabajan en tu empresa?

Número de trabajadores (Aunque sea aproximado)

P.4 Indica el número total de años que llevas trabajando en dicho puesto, incluyendo ésta y otras empresas

años

P.5 Indica la duración diaria (en horas y minutos) de conducción en una jornada de trabajo habitual, sin contar el resto de tareas auxiliares (carga, descarga, tiempos de espera, etc.)

P.6 Indica la duración diaria (en horas y minutos) que dedicas de media al resto de tareas realizadas en una jornada de trabajo habitual descontando las horas de conducción.

P.7 Indica cuantos Kms recorres en tu trabajo de media cada año

Kms al año

P.8 ¿Trabajas sábados, domingos o festivos?

- No Sí

P.9 Tu jornada de trabajo semanal habitual es de:

- 1 Menos de 40 horas
2 40 horas
3 Más de 40 horas. Indica en número medio de horas semanales: _____ horas

II.- CONDICIONES DE TRABAJO Y FACTORES DE RIESGO LABORAL

P.10 Indica qué tipo de trabajos realizas fundamentalmente:

- Solo conducción Solo carga y descarga Ambos tipos de tareas
 Otro: indica cual _____

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 4 de 11

P.11 ¿Tienes que manipular pesos en tu trabajo?

No Sí

P.12 Si manejas peso, ¿Cómo lo realizas?

Manualmente Con medios auxiliares mecánicos De ambas formas

P.13 Cuanto peso manipulas de forma manual habitualmente en tu trabajo (puedes señalar varias opciones si es tu caso)

	No	Sí
1.- Entre 3 y 10 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Entre 10 y 25 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Más de 25 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.14 Tu trabajo, ¿requiere adoptar posturas mantenidas o forzadas más de la mitad de la jornada? (sentado, de pie, agachado, con torsión o inclinación del tronco, etc..?)

No Sí

P.15 Indica cuantas horas al día estás expuesto a niveles elevados de ruido

Horas al día

P.16 Indica cuantas horas al día estás expuesto a vibraciones (latiguo)

Horas al día

P.17 ¿Manipulas habitualmente? (puedes señalar varias opciones si es tu caso)

	No	Sí
17.1.- Productos químicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2.- Animales vivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3.- Productos congelados/fríos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4- Mercancías peligrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5.- Otras (Indica cuál: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.18 ¿Tienes un horario fijo de inicio y final de tu jornada habitual?

No Sí

P.19 ¿Tienes que prolongar tu jornada de trabajo de forma habitual?

No Sí

P.20 ¿Trabajas a turnos?

No Sí

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 5 de 11

P.21 Señala el tipo de turno que realizas habitualmente:

- Sólo mañanas Solo tardes Rotativo Mañana/Tarde
 Sólo noches Rotativo de mañana/tarde/noche Otro tipo.

P.22 En el caso de hacer turnos que incluyen el turno nocturno, ¿Cuánto años llevas realizando dicho turno contando toda tu vida laboral?

años

P.23 En la ejecución de tu trabajo necesitas mantener:

	1 Habitualmente	2 En ocasiones	3 Nunca
Un nivel de atención alto o muy alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un ritmo elevado de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.24 Durante tu trabajo, puedes elegir o modificar:

	Sí, siempre que quiero	A veces	Nunca
El orden de las tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El método de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El ritmo de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distribución y/o la duración de las pausas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.25 ¿Cómo consideras que es tu trabajo desde un punto de vista físico?:

- Muy ligero ligero medio pesado Muy pesado

P.26 Consideras que tu trabajo desde un punto de vista mental es:

- Muy ligero ligero medio pesado Muy pesado

III.- DATOS DE SINIESTRALIDAD LABORAL

P.27 ¿Has tenido alguno de los siguientes problemas relacionados con la postura o la realización de sobreesfuerzos desde que trabajas en el sector?

	No	Sí
Tendinitis en hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinitis en codos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tendinitis en muñecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor cervical/cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia discal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernia inguinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrosis de caderas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrosis de rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 6 de 11

P.28 Durante el último año, ¿has tenido que consultar a un médico por algún problema, molestia o enfermedad que consideras que está derivada de tu trabajo?

- No
 Sí → Señala el tipo de problema: _____
 No lo sé

IV Hábitos y estilos de vida

P.29 Edad: **P.30 Sexo:** 1 Varon 2 Mujer

P.31 ¿Tienes que comer o cenar fuera de casa por motivos de trabajo?

Comida fuera	Cena fuera
<input type="checkbox"/> Sí, a diario	<input type="checkbox"/> Sí, a diario
<input type="checkbox"/> Sí, varias veces a la semana	<input type="checkbox"/> Sí, varias veces a la semana
<input type="checkbox"/> Sí, pero solo de forma ocasional	<input type="checkbox"/> Sí, pero solo de forma ocasional
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No

P.32 ¿Duermes bien?

- No Sí

P.33 ¿Cuántas horas de media duermes cada día?

Horas al día

P.34 ¿Cuántas noches a la semana duermes de media fuera de casa por motivos de tu trabajo?

Noches a la semana

P.35 En el caso de que duermas fuera de casa por motivos de trabajo, indica ¿dónde haces el descanso?

- En el vehículo En un hotel En ambos lugares

P.36 ¿Tomas de forma habitual medicamentos?

- No Sí: Señala cuales del listado siguiente:
- Para la tensión arterial
 - Para el colesterol o triglicéridos
 - Para el azúcar (diabetes)
 - Para dormir
 - Para la ansiedad, estrés o la depresión
 - Para la alergia
 - Para los dolores osteomusculares
 - Para la acidez de estomago o úlcera gastroduodenal
 - Otro: indicar para qué: _____

P.37 Durante tu tiempo libre, ¿realizas alguna actividad física o deportiva?

- No Sí

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 7 de 11

V.- ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

P.38 ¿Has notado cambios en alguna de las siguientes capacidades en los últimos 3 años?	No	Sí
Capacidad de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agudeza visual de CERCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agudeza visual de LEJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de la visión nocturna (de noche o en oscuridad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deslumbramiento más fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para adaptarse a cambios bruscos en la iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reducción del campo visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor resistencia al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor resistencia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor FUERZA muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor MASA muscular (atrofia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mayor dificultad para el manejo manual de cargas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más dificultad para mantener la misma postura mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor destreza con las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menor sensibilidad para pulsar mandos o botones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de los reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de respuesta o reacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ejecución de las tareas más LENTAMENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mayor dificultad para tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de la capacidad de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para el aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para el aprendizaje nuevas tecnologías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para procesar la información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Velocidad para procesar la información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para realizar múltiples tareas al mismo tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mayor facilidad para sufrir infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos sensibilidad para percibir el dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P.39 ¿Cómo dirías que es tu aptitud física actual, respecto a los siguientes factores?	Muy buena	Buena	Normal	Mala	Muy mala
Fuerza musculatura abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerza en los brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerza en las piernas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flexibilidad de las articulaciones y los ligamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agilidad y reflejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de resistencia a los esfuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidad de Movilidad de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerza de prensión manual (apretar con las manos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 8 de 11

P.40 El estrés es una situación en la cual la persona se siente tensa, agitada, nerviosa o es incapaz de dormir por la noche en tanto que su mente está constantemente preocupada. Relacionado con tu trabajo, ¿Has experimentado estos síntomas en los últimos meses? Señala la respuesta que más se ajusta a su situación según la escala siguiente:

- Nunca Rara vez Algunas veces Casi siempre Siempre

P.41 ¿Te has realizado algún reconocimiento médico laboral o de renovación del permiso de circulación en los últimos 12 meses?

- No Sí No he realizado el reconocimiento

P.42 Si te has realizado el reconocimiento médico ¿te han detectado alguna limitación o restricción?

- No Sí: Indica el motivo: _____

VI.- VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE CAPACIDAD PARA TRABAJAR

P.43 Supón que la mejor capacidad de trabajo que has tenido en el mejor momento de tu vida tiene un valor de 10 puntos. ¿Cuántos puntos le darías en comparación, a la capacidad de trabajo que tienes actualmente? (señala con una X)

Completamente incapacitado para trabajar												Mejor capacidad de trabajo de su vida
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

P.44 ¿Cómo calificas tu capacidad de trabajo actual con respecto a las demandas o exigencias de tipo físico de tu trabajo (cargas, fuerza, posturas,...)?

- Muy buena
 Bastante buena
 Moderada
 Bastante mala
 Muy mala

P.45 ¿Cómo calificas tu capacidad de trabajo actual con respecto a las demandas mentales (horario, ritmo, concentración, etc.) de tu trabajo

- Muy buena
 Bastante buena
 Moderada
 Bastante mala
 Muy mala

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 9 de 11

P.46 En la siguiente lista, marca con una X las enfermedades o trastornos que has padecido o padeces.

Lista de enfermedades		No	Sí
Lesiones por accidente			
01	Espalda/Cuello		
02	Brazo/mano		
03	Pierna/pie		
04	Otra parte. Indique donde y qué tipo de lesión:		
Trastornos musculoesqueléticos			
05	Trastornos de columna regiones cervical (cuello) y torácica (espalda parte superior) con episodios de dolores frecuentes		
06	Trastornos de columna lumbosacra (espalda parte inferior) con episodios de dolores frecuentes		
07	Dolor de espalda que irradia hacia la pierna (Ciática)		
08	Trastornos musculo esqueléticos que afectan las extremidades (brazos y piernas) con episodios de dolores frecuentes.		
09	Artritis reumatoide		
10	Otro trastorno musculoesquelético. ¿Cuál?		
Enfermedades cardiovasculares			
11	Hipertensión (presión arterial alta)		
12	Enfermedad coronaria, dolor en el pecho durante el ejercicio físico (angina de pecho)		
13	Trombosis coronaria, infarto del miocardio		
14	Insuficiencia cardiaca		
15	Otra enfermedad cardiovascular, Cuál?		
Enfermedades respiratorias			
16	Infecciones repetidas del tracto respiratorio (incluidas: amigdalitis, sinusitis aguda, bronquitis aguda)		
17	Bronquitis crónica-EPOC		
18	Sinusitis crónica		
19	Asma bronquial		
20	Apena del Sueño		
21	Tuberculosis pulmonar		
22	Otras enfermedades respiratorias. ¿Cuál?		
Trastornos mentales			
23	Enfermedad mental o problema mental severo (por ejemplo, depresión severa)		
24	Trastorno o problema mental ligero (Por ejemplo, depresión ligera, tensión, ansiedad, insomnio)		
Enfermedades neurológicas y de los órganos de los sentidos			
25	Problemas o disminución de la audición		
26	Enfermedades visuales		
27	Enfermedades neurológicas (Por ejemplo accidente vascular o derrame cerebral, neuralgia, migraña, epilepsia)		
28	Otras enfermedades neurológicas y sensoriales, Cuál?		

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 10 de 11

Lista de enfermedades		No	Sí
Enfermedades digestivas			
29	Enfermedad o cálculos en la vesícula biliar		
30	Enfermedad hepática o pancreática		
31	Úlcera gástrica o duodenal		
32	Gastritis o irritación duodenal		
33	Irritación del colon, colitis		
34	Otra enfermedad digestiva. ¿Cuál?		
Enfermedades genitourinarias			
35	Infección del tracto urinario		
36	Enfermedad renal		
37	Enfermedades genitales (por ejemplo: Inflamación pélvica en la mujer o problemas de la próstata en el hombre)		
38	Otra enfermedad genitourinaria, Cuál?		
Enfermedades de la piel			
39	Rash alérgico / eczema/ dermatitis de contacto		
40	Otras erupciones de la piel. ¿Cuál?		
41	Otra enfermedad de la piel. ¿Cuál?		
Tumores			
42	Tumor benigno		
43	Tumor maligno (cáncer). ¿Dónde?		
Enfermedades endocrinas y metabólicas			
44	Obesidad		
45	Diabetes		
46	Elevación del colesterol		
47	Elevación de los triglicéridos		
Enfermedades hematológicas (De la sangre)			
48	Anemia		
49	Otro trastorno o enfermedad sanguínea. ¿Cuál?		
Defectos congénitos o de nacimiento			
50	Defecto de nacimiento. ¿Cuál?		
Otros trastornos o enfermedades no indicados en el listado anterior			
51	Cual(es)?		

P.47 Las enfermedades o padecimientos señaladas en la lista anterior, ¿han supuesto un impedimento para tu trabajo? Puedes marcar más de una alternativa de ser necesario.

- 1 No tengo ninguna enfermedad de la lista
- 2 Tengo alguna enfermedad, pero no es un impedimento para hacer mi trabajo
- 3 Soy capaz de hacer mi trabajo, pero me causa algunos síntomas
- 4 Algunas veces tengo que disminuir el ritmo de mi trabajo o cambiar mis métodos de trabajo
- 5 Con frecuencia tengo que disminuir mi ritmo de trabajo o cambiar mis métodos de trabajo
- 6 Producto de mi enfermedad, siento que solo soy capaz de realizar mi trabajo a tiempo parcial
- 7 En mi opinión, estoy completamente incapacitado para trabajar

PROYECTO: SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO DE LOS CONDUCTORES MAYORES EN EL TRANSPORTE DE MERCANCÍAS POR CARRETERA. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Página 11 de 11

P.48 ¿Cuántos días completos has tenido que dejar de trabajar debido a problemas de salud (enfermedad, o acudir al médicos) durante el último año?

- 1 Ningún día
- 2 Hasta 9 días
- 3 10-24 días
- 4 25-99 días
- 5 100-365 días

P.49 ¿Crees, de acuerdo a tu salud, podrás hacer tu trabajo actual de aquí a dos años?

- 1 Es poco probable
- 2 No estoy muy seguro
- 3 Es bastante probable

P.50 ¿Últimamente te has sentido capaz de disfrutar tus actividades cotidianas?

- 1 Frecuentemente
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

P.51 ¿Últimamente te has sentido activo y dispuesto?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

P.52 ¿Últimamente te has sentido esperanzado y confiado en el futuro?

- 1 Continuamente
- 2 Casi siempre
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

P.53 En general como dirías que tu salud actual:

- 1 Muy buena
- 2 Buena
- 3 Regular
- 4 Mala
- 5 Muy mala

Indica cualquier otra observación de interés:

Muchas gracias por tu colaboración