

Fecha: _____

Identificación del participante: _____

Evaluación de la fatiga y el manejo de la fatiga
en la extracción de gas y petróleo en tierra en los EE. UU.:
Cuestionario inicial
Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional

Esta encuesta incluye una variedad de declaraciones que representan posibles opiniones que podría tener sobre trabajar en la extracción de gas y petróleo y cómo podría afectar su sueño, fatiga y salud. Completar el cuestionario probablemente le tomará menos de 30 minutos. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Valoramos sus opiniones para ayudar a mejorar la salud y la seguridad en el lugar de trabajo.

La participación en esta encuesta es voluntaria. Para cada pregunta, por favor indique la opción de respuesta que siente que mejor responde la pregunta. Sus respuestas se mantendrán confidenciales y nada de lo que diga en la encuesta se usará para identificarlo frente a su empleador o alguien afiliado con su empleador.

Este cuestionario está compuesto de 6 secciones relacionadas con lo siguiente: A. Su horario de trabajo actual, B. Su sueño, C. Su fatiga y manejo de la fatiga, D. Las demandas de su trabajo, E. Su salud y F. Sus características demográficas. Complete cada sección lo mejor que pueda.

A. Horario de trabajo actual

Esta sección incluye preguntas sobre su trabajo actual y su horario de trabajo actual. Responda cada pregunta lo mejor que pueda.

1. En total, ¿cuánto tiempo ha trabajado en la industria de la extracción de gas y petróleo en tierra?

_____ años y _____ meses

2. ¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual en la industria de la extracción de petróleo y gas en tierra?

_____ años y _____ meses

3. ¿Cuál es su puesto laboral? (P. ej., *company man* o representante de la empresa, *toolpusher* o jefe de equipo, camionero, *mudlogger* o registrador de lodo, peón de pozo, etc.)

4. ¿Cómo describiría su arreglo laboral en su trabajo actual?

- a. Soy un contratista independiente, consultor independiente o trabajador autónomo
- b. Estoy empleado por una empresa de forma permanente
- c. Estoy empleado por una empresa de forma temporal o estacional
- d. Otro:
- e. Prefiere no contestar

Se estima que para recopilar la información de este reporte público tomara un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. Envíe sus comentarios acerca de este reporte público o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este reporte público a - CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS H21-8, Atlanta, Georgia 30333 ATTN: PRA (0920-xxxx).

5. ¿Cuál de las siguientes opciones refleja su horario de trabajo diario?

- a. Horario laboral normal (por ejemplo, de 8 a. m. a 5 p. m.)
- b. Turno de día (por ejemplo, de 7 a. m. a 7 p. m.)
- c. Turno vespertino/de noche (por ejemplo, de 7 p. m. a 7 a. m.)

- d. Turno rotativo (cambia entre días y noches)
- e. Otro horario (especifique):
- f. Prefiere no contestar

6. ¿Cuántas horas trabaja normalmente en un día, incluidas las horas extras?

_____ horas

7. ¿Cuál es la cantidad máxima de horas que puede trabajar en un día?

- a. _____ horas
- b. No corresponde
- c. Prefiere no contestar

8. En su puesto actual, ¿con qué frecuencia tiene que trabajar más de esta cantidad máxima de horas?

- a. Raramente/Nunca (una vez al año o menos)
- b. Algunas veces al año
- c. Todos los meses
- d. Todas las semanas
- e. Varias veces por semana
- f. Prefiere no contestar

9. En su trabajo actual, ¿cuántos días seguidos trabaja por lo general?

- a. _____ días
- b. Varía (explique):
- c. Prefiere no contestar

10. En su trabajo actual, ¿cuántos días seguidos no trabaja por lo general?

- a. _____ días
- b. Varía (explique):
- c. Prefiere no contestar

11. ¿Se considera el tiempo que le toma ir al trabajo como pago?

- a. Sí
- b. No
- c. Varía (explique):
- d. Prefiere no contestar

12. ¿A qué hora comienza generalmente su viaje al trabajo?

- a. Hora (HH:MM): _____ a. m. p. m.
- b. Varía (explique):
- c. Prefiere no contestar

13. En promedio, ¿cuánto dura su viaje al trabajo?

- a. _____ horas y _____ minutos
- b. Varía (explique):
- c. Prefiere no contestar

d.

B. Sueño

Esta sección incluye preguntas sobre su sueño, incluidos dónde duerme, sus comportamientos del sueño y qué tan bien duerme. Responda cada pregunta lo mejor que pueda.

1. ¿Le está proporcionando vivienda su empleador durante esta rotación laboral?

- a. Sí
- b. No
- c. Prefiere no contestar

2. [SI 1=Sí] ¿Qué tipo de vivienda?

- a. Campamento para trabajadores
- b. Hotel o motel
- c. Departamento o casa
- d. Otro (especifique):
- e. Prefiere no contestar

3. Describa el lugar donde duerme durante su rotación laboral actual:

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	No está seguro	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
El lugar donde duermo en general es físicamente cómodo					
El lugar donde duermo en general tiene una temperatura cómoda					
El lugar donde duermo en general es silencioso de noche					
El lugar donde duermo en general es oscuro					

4. En promedio, ¿cuánto duerme en un periodo de 24 horas los días en que trabaja? Piense en el tiempo que de hecho pasa durmiendo o durmiendo la siesta y no solo en la cantidad de horas que usted cree que debería dormir.

_____ horas y _____ minutos

5. ¿Tiene dificultades para dormir o tiene somnolencia excesiva?

- a. Sí
- b. No
- c. Prefiere no contestar

6. [SI 5=a] ¿Está el problema para dormir o de tener somnolencia excesiva relacionado con un horario laboral que lo hace trabajar cuando normalmente dormiría?

- a. Sí
- b. No
- c. Prefiere no contestar

7. [SI 6=a] ¿Ha tenido este problema para dormir o de tener somnolencia excesiva relacionado con su horario laboral por al menos un mes?

- a. Sí
- b. No
- c. Prefiere no contestar

Las siguientes preguntas están relacionadas con sus hábitos del sueño **solo en el último mes**. Responda todas las preguntas.

8. En el último mes, ¿cuándo se ha ido a dormir a la noche generalmente?

Hora (HH:MM): _____ a. m. p. m.

9. En el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) le ha llevado generalmente dormirse cada noche?

_____ minutos

10. En el último mes, ¿cuándo se ha despertado a la mañana generalmente?

Hora (HH:MM): _____ a. m. p. m.

11. En el último mes, ¿cuántas horas durmió a la noche?

_____ horas

Las siguientes preguntas tratan sobre situaciones que pueden interrumpir el sueño. Complete cada sección lo mejor que pueda.

12. En el último mes, ¿con cuánta frecuencia ha tenido problemas para dormir por algo de lo siguiente?	Ninguna en el último mes	Menos de una vez a la semana	Una o dos veces a la semana	Tres o más veces a la semana	No sabe
a. No puede dormirse en los primeros 30 minutos					
b. Se despierta inesperadamente a mitad de la noche					
c. Tiene que levantarse para ir al baño					
d. No puede respirar cómodamente					
e. Tose o ronca muy fuerte					
f. Siente mucho frío					
g. Siente mucho calor					
h. Siente dolor					
i. Otras razones (describa): _____					

13. En el último mes, ¿cómo calificaría su calidad del sueño general?

- a. Muy buena
- b. Más o menos buena
- c. Más o menos mala
- d. Muy mala

14. En el último mes, ¿con cuánta frecuencia ha tenido que tomar medicamentos (con o sin receta) para que lo ayudaran a dormir?

- a. Ninguna en el último mes
- b. Menos de una vez por semana
- c. Una o dos veces a la semana
- d. Tres o más veces a la semana
- e. No sabe

15. En el último mes, ¿con cuánta frecuencia ha tenido problemas para mantenerse despierto mientras maneja, se alimenta o participa de una actividad social?

- a. Ninguna en el último mes
- b. Menos de una vez por semana
- c. Una o dos veces a la semana
- d. Tres o más veces a la semana
- e. No sabe

16. En el último mes, ¿qué tan difícil ha sido para usted mantener el entusiasmo para lograr cosas?

- a. No ha sido para nada difícil
- b. Apenas ha sido difícil
- c. Ha sido un poco difícil
- d. Ha sido muy difícil

17. ¿Vive con su pareja o con un/a compañero/a de casa?

- a. No vivo con pareja ni con un/a compañero/a de casa
- b. Vivo con mi pareja o con un/a compañero/a de casa en una habitación separada
- c. Vivo con mi pareja o con un/a compañero/a de casa en la misma habitación pero no usamos la misma cama
- d. Vivo con mi pareja o con un/a compañero/a de casa y usamos la misma cama

18. ¿Con cuánta frecuencia alguien le ha dicho que hace algo de lo siguiente?	Frecuentemente	A veces	Una vez	Nunca	No sabe
a. Ronca muy fuerte					
b. Tiene pausas largas cuando respira mientras duerme					
c. Sus piernas tienen espasmos mientras duerme					
d. Tiene episodios de desorientación o confusión mientras duerme					
e. Tiene otros signos de agitación mientras duerme,					

describa:

--

--

--

--

--

C. Manejo de la fatiga y la seguridad

Esta sección contiene preguntas sobre las prácticas en su lugar de trabajo actual, incluso en distintos niveles de la organización. Para cada declaración, elija la respuesta que más se aproxima.

La alta gerencia en esta empresa...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Reacciona rápidamente para resolver el problema cuando se le comunican preocupaciones sobre la seguridad					
2. Es estricta en cuanto a trabajar de forma segura cuando la ejecución de las tareas se atrasa con respecto al calendario					
3. Usa toda información disponible para mejorar las reglas de seguridad existentes					
4. Invierte mucho en capacitaciones de seguridad para los trabajadores					
5. Escucha atentamente a nuestras ideas sobre cómo mejorar la seguridad					
6. Intenta mejorar continuamente los niveles de seguridad en cada departamento					

Mi supervisor directo...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
7. Conversa con nosotros sobre cómo mejorar la seguridad					
8. Felicita a los empleados que le prestan atención especial a la seguridad					
9. Es estricto en cuanto a trabajar de forma segura incluso cuando estamos cansados o estresados					
10. Frecuentemente habla sobre temas de seguridad durante la semana de trabajo					
11. Se rehúsa a ignorar las reglas de seguridad cuando el trabajo se atrasa con respecto al calendario					
12. Usa explicaciones (no solo cumplimiento) para hacer que					

actuemos de forma segura					
--------------------------	--	--	--	--	--

13. ¿Usa actualmente su empleador alguna de las siguientes estrategias para ayudar a manejar el riesgo de fatiga?

Estrategia	Sí	No	No está seguro
a. Toma medidas para identificar qué causa fatiga y toma medidas para manejarla			
b. Políticas para manejar la fatiga			
c. Ofrece capacitación y educación sobre cómo manejar la fatiga			
d. Proporciona formas en las que los empleados pueden notificar sentirse demasiado fatigados para trabajar de forma segura			
e. Investiga si la fatiga contribuyó a un accidente en el lugar de trabajo			
f. Les proporciona recursos a los empleados para ayudar a manejar los trastornos del sueño.			

14. ¿Implementa su empresa tecnologías para abordar la fatiga?

- a. Sí
- b. No
- c. No está seguro
- d. Prefiere no contestar

15. [SI 14=SÍ] ¿Qué tipo de tecnología?

D. Demandas del trabajo

Esta sección incluye preguntas sobre las exigencias de su trabajo.

Este conjunto de preguntas trata sobre **cuánto control tiene sobre su trabajo**. Responda cada pregunta al marcar la respuesta que mejor describa su situación laboral. A veces ninguna de las respuestas la describe perfectamente. Elija la respuesta que más se aproxime.

Control sobre el trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En mi trabajo tengo que aprender cosas nuevas				
2. En mi trabajo realizo muchas tareas repetitivas				
3. Mi trabajo requiere que sea creativo				
4. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mí mismo				
5. Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación				
6. Tengo muy poca libertad para decidir como realizar mi trabajo				
7. En mi trabajo puedo hacer muchas tareas distintas				
8. Tengo mucha influencia en lo que ocurre en mi trabajo				
9. En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales				

El siguiente conjunto de preguntas trata sobre **las demandas psicológicas del trabajo**. Responda cada pregunta al marcar la respuesta que mejor describa su situación laboral. A veces ninguna de las respuestas la describe perfectamente. Elija la respuesta que más se aproxime.

Demandas psicológicas del trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Mi trabajo requiere trabajar muy rápido				
11. Mi trabajo requiere trabajar muy duro				
12. No tengo que realizar una cantidad excesiva de trabajo				
13. Tengo tiempo suficiente para realizar mi trabajo				
14. En mi trabajo no estoy sometido a situaciones conflictivas o problemáticas producidas por otros				

El siguiente conjunto de preguntas trata sobre **las demandas físicas del trabajo**. Responda cada pregunta al marcar la respuesta que mejor describa su situación laboral. A veces ninguna de las respuestas la describe perfectamente. Elija la respuesta que más se aproxime.

Demandas físicas del trabajo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
15. Mi trabajo requiere mucho esfuerzo físico				
16. Muchas veces tengo que mover o levantar cosas muy pesadas en mi trabajo				
17. Mi trabajo requiere movimiento físico rápido y continuo				
18. Seguido tengo que trabajar durante largos períodos con mi cuerpo en posturas físicamente incómodas				
19. Seguido tengo que trabajar durante largos períodos con la cabeza o los brazos en posiciones físicamente incómodas				

El siguiente conjunto de preguntas trata sobre **el apoyo que recibe de su supervisor y sus compañeros de trabajo**. Responda cada pregunta al marcar la respuesta que mejor describa su situación laboral. A veces ninguna de las respuestas la describe perfectamente. Elija la respuesta que más se aproxime.

Apoyo por parte de los compañeros y supervisores	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
20. Mi supervisor se preocupa del bienestar de las personas que están a su cargo				
21. Mi supervisor presta atención a lo que digo				
22. Mi supervisor colabora para que el trabajo se haga				
23. Mi supervisor logra que la gente trabaje en equipo				
24. Las personas con las que trabajo son competentes en su trabajo				
25. las personas con las que trabajo se interesan por mi				
26. Las personas con las que trabajo son agradables				
27. las personas con las que trabajo colaboran para que el trabajo se haga				

E. Salud

Esta sección incluye preguntas sobre su salud. Responda cada pregunta lo mejor que pueda.

1. ¿Diría que en general su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. Buena
- d. Regular
- e. Mala
- f. No sabe
- g. Prefiere no contestar

2. ¿Toma medicamentos habitualmente que podrían causar fatiga?

- a. Sí
- b. No
- c. Prefiere no contestar

3. En días que trabaja, en promedio, ¿cuánto de lo siguiente consume por día?

	Cantidad	No lo consume	Prefiere no contestar
Bebidas con cafeína			
Tazas de café o té (8 oz)			
Latas de gaseosa (12 oz)			
Latas de bebidas energizantes (8 oz; p. ej., Monster, Redbull)			
Botellas de 5-hour Energy (2 oz)			
Nicotina			
Cigarrillos			
Puros, puritos o cigarrillos puros con filtro			
Cigarrillos electrónicos (cantidad de fumadas al día)			
Latas o paquetes de tabaco sin humo			

4. ¿Usa algo más para ayudarlo a mantenerse alerta en el trabajo?

5. ¿Cuánto mide sin zapatos?

- a. _____ pies
- b. _____ pulgadas
- c. No sabe
- d. Prefiere no contestar

6. ¿Cuánto pesa?

- a. _____ libras
- b. No sabe
- c. Prefiere no contestar

F. Características demográficas

Esta sección incluye preguntas sobre sus características demográficas. Responda cada pregunta lo mejor que pueda.

1. ¿Cuál es su edad?

- _____ años
- Prefiere no contestar

2. ¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todo lo que corresponda

- Indígena de los EE. UU. o nativa de Alaska
- Asiáticas
- Negra o afroamericana
- Hispano o Latino
- Medio Oriente o El Norte de África
- Nativa de Hawái o islas del Pacífico
- Blanca

3. ¿Qué sexo se le asignó al nacer en el certificado de nacimiento original?

- Masculino
- Femenino
- No sabe
- Prefiere no contestar

4. ¿Cómo describe su género actual?

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- Ninguna de estas aplica
- Prefiere no contestar

5. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha completado?

- 8.º grado o menos
- 9.º-12.º grado (sin diploma)
- GED o equivalente
- Graduado de escuela secundaria superior (*diploma*)
- Algunos estudios universitarios (no se graduó)
- Título de carrera universitaria corta (*Associate degree*)
- Título universitario (*Bachelor's degree*) o grado superior
- No sabe
- Prefiere no contestar

6. ¿Está usted casado/a, vive en pareja o ninguna de las dos?

- Casado/a
- Vivo con una pareja pero no estoy casado/a
- Ninguna de estas opciones
- No sabe
- Prefiere no contestar

