

Escala SEEKARA: Síndrome del Edificio Enfermo (en entornos hospitalarios)

El objetivo es evaluar el síndrome del edificio enfermo y los factores de riesgo psicosocial en personal sanitario de un hospital. **El cuestionario fue adaptado a las características de los edificios hospitalarios en un contexto mexicano.**

AGENTES FÍSICOS					
Ítems o preguntas	No o Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Si o Siempre (4)
1. ¿Trabaja usted en una oficina cerrada o hermética?	<input type="checkbox"/>				
2. En su área de trabajo ¿hay ventanas que se pueden abrir para mejorar el aire interior?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Existe estancamiento de aire en su área de trabajo y considera que el aire se encuentra contaminado?	<input type="checkbox"/>				
4. ¿Existe ruido que impide realizar cómodamente su trabajo?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿El factor de humedad es molesto debido a que el ambiente es demasiado seco o húmedo?	<input type="checkbox"/>				
6. En su área de trabajo ¿se perciben olores molestos? (como son de comida, humo de tabaco, olores corporales, fluidos de infecciones, productos de limpieza) Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
7. ¿Considera que la iluminación puede ser molesta o inadecuada?	<input type="checkbox"/>				
8. En su área de trabajo, ¿se encuentra expuesto a algún tipo de radiación de luz ultravioleta, luz infrarroja, microondas, radiofrecuencias, láser, rayos X, entre otros? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
9. En su área de trabajo, ¿le afecta encontrarse aislado de otras áreas?	<input type="checkbox"/>				

10. En su área de trabajo, ¿le afecta la falta de privacidad?	<input type="checkbox"/>				
11. En su área de trabajo, ¿le afecta que no haya vistas a paisajes o áreas verdes?	<input type="checkbox"/>				

AGENTES QUIMICOS Y BIOLÓGICOS

Ítems o preguntas	No o Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Si o Siempre (4)
12. En su área de trabajo, ¿existe algún tipo de humo, aerosol, vapor o gas nocivo o tóxico? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
13. En su lugar de trabajo, ¿existe algún tipo de polvo, polen, partículas de árboles o compuestos orgánicos volátiles (COV)? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Hay sustancias inflamables cerca de su lugar de trabajo? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
15. En su lugar de trabajo, ¿se encuentra expuesto a sustancias o preparados químicos nocivos o tóxicos? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
16. ¿Hay compuestos químicos que puedan ser corrosivos e irritantes en su lugar de trabajo? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
17. En su lugar de trabajo, ¿maneja o tiene contacto con materiales infecciosos, tales como desechos, fluidos corporales, materiales de laboratorio? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Existe información necesaria sobre los procedimientos de seguridad para el manejo de este tipo de agentes químicos y biológicos?	<input type="checkbox"/>				

19. ¿Utiliza equipo de protección para el manejo de sustancias químicas o desechos biológicos? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
20. Estas sustancias ¿llevan alguna etiqueta de seguridad con el riesgo de su manejo?	<input type="checkbox"/>				
21. ¿Se le proporciona el cuidado adecuado al equipo, tal como limpieza o en caso de ser necesario, su desecho? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
22. ¿Existen contenedores adecuados y correctamente señalizados para la gestión de residuos? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
23. ¿Cuentan con áreas adecuadas para el consumo de alimentos y usted las utiliza? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				

AGENTES ERGONOMICOS

Items o preguntas	No o Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Si o Siempre (4)
24. ¿Se puede ajustar la altura y el ángulo del de sus equipos de computo?	<input type="checkbox"/>				
25. ¿Existe mobiliario que sea riesgoso o que pueda producir golpes, tropiezos o caídas?	<input type="checkbox"/>				
26. ¿Puede pararse y trabajar de pie en algún momento de la jornada de trabajo?	<input type="checkbox"/>				
27. ¿Se encuentran los hombros relajados, con los brazos paralelos a su espalda?	<input type="checkbox"/>				
28. ¿Al trabajar en un escritorio, su cadera se encuentra en un ángulo de 90 a 120 grados y los pies apoyados en el piso?	<input type="checkbox"/>				
29. ¿Hace movimientos repetitivos de brazos, manos, muñecas?	<input type="checkbox"/>				

30. ¿Realiza sobreesfuerzos físicos o movimientos bruscos?	<input type="checkbox"/>				
31. ¿Su actividad requiere esfuerzo físico prolongado o que no puede modular?	<input type="checkbox"/>				
32. ¿Realiza su trabajo en posturas inadecuadas a las posturas habituales (normales)?	<input type="checkbox"/>				
33. ¿Su material para trabajar se encuentra a su alcance en el área de trabajo?	<input type="checkbox"/>				
34. ¿El espacio donde realiza sus tareas es insuficiente, irregular o en desnivel?	<input type="checkbox"/>				
35. ¿El número de pausas en su jornada laboral y la duración, son insuficientes?	<input type="checkbox"/>				
36. ¿Al finalizar la jornada, se siente especialmente cansado?	<input type="checkbox"/>				

AGENTES PSICOSOCIALES

Items o preguntas	No o Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Si o Siempre (4)
37. ¿En general, el nivel de atención que se requiere para realizar su trabajo es alto?	<input type="checkbox"/>				
38. ¿La cantidad de trabajo y el tiempo para ejecutarlo es excesivo?	<input type="checkbox"/>				
39. ¿Su trabajo es monótono y con poco contenido?	<input type="checkbox"/>				
40. Cuando en su puesto de trabajo se comete algún error, ¿puede producir consecuencias graves?	<input type="checkbox"/>				
41. ¿Se encuentra satisfecho con su espacio de trabajo?	<input type="checkbox"/>				
42. ¿Sus responsabilidades son excesivas?	<input type="checkbox"/>				
43. ¿La información que se le proporciona sobre sus funciones, responsabilidades, competencias y métodos de trabajo, es insuficiente?	<input type="checkbox"/>				

44. ¿Es difícil desempeñar su trabajo por no disponer de los recursos necesarios o tener instrucciones incompatibles con sus tareas o con las que no está de acuerdo?	<input type="checkbox"/>				
45. ¿Presenta inestabilidad laboral en su empleo?	<input type="checkbox"/>				
46. ¿Carece de posibilidades de crecimiento profesional, de acuerdo a las tareas de realiza?	<input type="checkbox"/>				
47. ¿La organización del tiempo en el trabajo (horarios, turnos, vacaciones) le provoca algún malestar?	<input type="checkbox"/>				
48. ¿Las relaciones con compañeros o jefes son insatisfactorias?	<input type="checkbox"/>				

Las siguientes preguntas se refieren a ciertos síntomas que usted puede haber experimentado durante su trabajo. Por favor, anote solamente aquellos que considere relacionados con el edificio en el que trabaja.

Por ejemplo, si normalmente usted sufre unos cuantos resfriados al año, no debe marcar los síntomas correspondientes, pero si desde que trabaja en el edificio, ha observado que su frecuencia ha aumentado, entonces sí debe señalarlos.

SÍNTOMAS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS					
Items o preguntas	No o Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Si o Siempre (4)
49. ¿Ha presentado malestar ocular como, enrojecimiento, lagrimeo, picor, sequedad, hinchazón, visión borrosa? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
50. ¿Ha presentado malestar nasal como, hemorragia, congestión, sequedad, rinitis (goteo nasal), estornudos seguidos (+de 3)? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
51. ¿Ha presentado malestar de garganta como, sequedad, picor, dolor? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				
52. ¿Ha presentado malestares respiratorios como, dificultad para respirar, tos con flema, tos seca, dolor en el pecho? Especificar _____	<input type="checkbox"/>				

<p>53. ¿Ha presentado malestar bucal como, sabores extraños, sequedad/sensación de sed? Especificar _____</p>	<input type="checkbox"/>				
<p>54. ¿Ha presentado trastornos cutáneos como, sequedad en la piel, erupciones, escamas, picor? Especificar _____</p>	<input type="checkbox"/>				
<p>55. ¿Ha presentado trastornos digestivos como, ardor, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dolor? Especificar _____</p>	<input type="checkbox"/>				
<p>56. ¿Ha presentado dolores corporales como, dolores musculares o de articulaciones? Especificar _____</p>	<input type="checkbox"/>				
<p>57. ¿Ha tenido síntomas parecidos a la gripe como, fiebre, escalofríos, debilidad? Especificar _____</p>	<input type="checkbox"/>				
<p>58. ¿Ha tenido síntomas de tensión como, ansiedad, irritabilidad, insomnio, agotamiento, depresión, sensación de pánico? Especificar _____</p>	<input type="checkbox"/>				