

## EJERCICIO PRÁCTICO DE APLICACIÓN

Trate de aplicar el siguiente test a su propio puesto de trabajo con pantalla de visualización. Esto le ayudará a fijar los principales conceptos estudiados en el documento y al mismo tiempo podrá descubrir si existen deficiencias en el diseño o acondicionamiento ergonómico de su puesto de trabajo.

### TEST PARA EL CHEQUEO DE PUESTOS CON PVD

1. ¿La calidad de la imagen en la pantalla le permite diferenciar claramente los distintos caracteres?

(Por ejemplo, distinguir entre: 8-B, X-K, 1-I, U-V, O-Q, 2-Z, H-M)

SÍ  NO

- 2 a. ¿Puede ajustar fácilmente el tamaño de los caracteres del texto que ha de leer en la pantalla en las aplicaciones que utiliza más habitualmente?

SÍ  NO

- 2 b. En el caso de haber contestado negativamente a la pregunta anterior, ¿considera que los caracteres tienen el tamaño adecuado para permitir su fácil lectura?

SÍ  NO

3. En los textos que ha de leer en la pantalla, ¿considera que los caracteres y las líneas están bien separadas y se distinguen correctamente?

SÍ  NO

## **ESTABILIDAD DE LA IMAGEN**

4. Cuando contempla la pantalla durante las tareas habituales, ¿percibe parpadeos o movimientos molestos en la imagen de la pantalla?

SÍ  NO

5. ¿Puede ajustar fácilmente el brillo y/o el contraste entre los caracteres y el fondo de la pantalla?

SÍ  NO

6. Apague u oscurezca totalmente la pantalla del ordenador y oriéntela de manera que se refleje en ella alguna fuente luminosa (ventana, lámpara, etc.). Observe si esa fuente produce reflejos intensos en la pantalla (en cuyo caso no existiría tratamiento antirreflejo).

¿Tiene tratamiento antirreflejo la pantalla?

SÍ  NO

## **REGULACIÓN: GIRO E INCLINACIÓN**

7. ¿Puede regular fácilmente la inclinación y el giro de su pantalla? (figura 14).

SÍ  NO

8. ¿Puede ajustar la altura de la pantalla de manera que el borde superior quede bajo la línea de visión horizontal? (figura 3).

SÍ  NO

## **REGULACIÓN DE LA DISTANCIA**

9. ¿Se puede ajustar fácilmente la distancia de la pantalla (moviéndola en profundidad) para conseguir una distancia de visión adecuada a sus necesidades?

SÍ  NO

## **TECLADO**

### **INDEPENDENCIA DEL TECLADO**

10. ¿El teclado es independiente de la pantalla?

SÍ  NO

### **REGULACIÓN DE LA INCLINACIÓN**

11. ¿Puede regular la inclinación de su teclado?

SÍ  NO

## **GROSOR**

12. ¿Tiene el teclado un grosor excesivo, que hace incómoda su utilización?

SÍ  NO

### **APOYO ANTEBRAZOS-MANOS**

13. ¿Existe un espacio suficiente para apoyar las manos y/o los antebrazos delante del teclado? (figura 12).

SÍ  NO

### **REFLEJOS EN EL TECLADO**

14. ¿La superficie del teclado es mate para evitar reflejos?

SÍ  NO

### **DISPOSICIÓN DEL TECLADO**

15. ¿La distribución de las teclas en el teclado dificulta su localización y utilización?

SÍ  NO

### **CARACTERÍSTICAS DE LAS TECLAS**

16. ¿Las características de las teclas (forma, tamaño, separación, etc.) le permiten pulsarlas fácilmente y sin error?

SÍ  NO

17. ¿La fuerza requerida para el accionamiento de las teclas le permite pulsarlas con facilidad y comodidad?

SÍ  NO

### **LEGIBILIDAD DE LOS SÍMBOLOS**

18. ¿Los símbolos de las teclas son fácilmente legibles?

SÍ  NO

## **LETRA Ñ Y OTROS SIGNOS**

19. ¿Incluye su teclado todas las letras y signos del idioma en que trabaja habitualmente?

SÍ  NO

## **“RATÓN”**

En el caso de que utilice un “ratón” como dispositivo de entrada de datos:

20. ¿Su diseño se adapta a la curva de la mano, permitiéndole un accionamiento cómodo?

SÍ  NO

21. ¿Considera que el movimiento del cursor en la pantalla se adapta satisfactoriamente al que usted realiza con el “ratón”?

SÍ  NO

## **MESA/SUPERFICIE DE TRABAJO**

### **SUPERFICIE DE TRABAJO**

22. ¿Las dimensiones de la superficie de trabajo son suficientes para situar todos los elementos (pantallas, teclado, documentos, material accesorio) cómodamente?

SÍ  NO

## **ESTABILIDAD**

23. ¿El tablero de trabajo soporta sin moverse el peso del equipo y el de cualquier persona que eventualmente se apoye en alguno de sus bordes?

SÍ  NO

## **ACABADO**

24. Las aristas y esquinas del mobiliario ¿están adecuadamente redondeadas?

SÍ  NO

25. Las superficies de trabajo ¿son de acabado mate para evitar los reflejos?

SÍ  NO

## **PORTADOCUMENTOS**

26. En el caso de precisar un atril o portadocumentos, ¿dispone Ud. de él?  
(si no precisa de él, no conteste)

SÍ  NO

Si dispone de un atril, conteste a las preguntas a) y b).

26 a) ¿Es regulable y estable?

SÍ  NO

26 b) ¿Se puede situar junto a la pantalla?

SÍ  NO

### **ESPACIO ALOJAMIENTO PIERNAS**

27. ¿El espacio disponible debajo de la superficie de trabajo es suficiente para permitirle una posición cómoda?

SÍ  NO

### **SILLA**

#### **ESTABILIDAD**

28. ¿Su silla de trabajo le permite una posición estable (exenta de desplazamientos involuntarios, balanceos, riesgo de caídas, etc.)?

SÍ  NO

#### **CONFORTABILIDAD**

29. ¿El diseño de la silla le parece adecuado para permitirle una libertad de movimientos y una postura confortable?

SÍ  NO

30. ¿Puede apoyar la espalda completamente en el respaldo sin que el borde del asiento le presione la parte posterior de las piernas?

SÍ  NO

31. ¿El asiento tiene el borde anterior adecuadamente redondeado?

SÍ  NO

32. ¿El asiento está recubierto de un material transpirable?

SÍ  NO

## **AJUSTE**

33. ¿Es regulable la altura del asiento?

SÍ  NO

34. ¿El respaldo es reclinable y su altura regulable (Debe cumplir las dos condiciones).

SÍ  NO

## **REPOSAPIÉS**

35. En el caso de necesitar Vd. un reposapiés, ¿dispone de uno?

(Si no precisa de él, no conteste).

SÍ  NO

36. En caso afirmativo, ¿las dimensiones del reposapiés le parecen suficientes para colocar los pies con comodidad?

SÍ  NO

## **ENTORNO DE TRABAJO**

### **ESPACIO DE TRABAJO**

37. ¿Dispone de espacio suficiente en torno a su puesto para acceder al mismo, así como para levantarse y sentarse sin dificultad?

SÍ  NO



## **ILUMINACIÓN: NIVEL DE ILUMINACIÓN**

38. La luz disponible en su puesto de trabajo ¿le resulta suficiente para leer sin dificultad los documentos?

SÍ  NO

39. ¿La luminosidad de los documentos u otros elementos del entorno es mucho mayor que la de su pantalla encendida?

SÍ  NO

## **REFLEJOS**

40. Alguna luminaria (lámparas, fluorescentes, etc.) o ventana u otros elementos brillantes del entorno, ¿le provocan reflejos molestos en uno o más de los siguientes elementos del puesto?:

40 a) pantalla

SÍ  NO

40 b) teclado

SÍ  NO

40 c) mesa o superficie de trabajo

SÍ  NO

40 d) cualquier otro elemento del puesto

SÍ  NO

## **DESLUMBRAMIENTOS**

41. ¿Le molesta en la vista alguna luminaria, ventana u otro objeto brillante situado frente a Vd.?

SÍ  NO

## **VENTANAS**

42. Caso de existir ventanas, ¿dispone de persianas, cortinas o “estores” mediante los cuales pueda Vd. atenuar eficazmente la luz del día que llega al puesto?

SÍ  NO

43. ¿Está orientado su puesto correctamente respecto a las ventanas? (ni de frente ni de espaldas a ellas. (Figura 5).

SÍ  NO

## **RUIDO**

44. ¿El nivel de ruido ambiental existente le dificulta la comunicación o la atención en su trabajo?

SÍ  NO

## **CALOR**

45. Durante muchos días del año ¿le resulta desagradable la temperatura existente en su puesto de trabajo?

SÍ  NO

46. ¿Siente Vd. molestias debidas al calor desprendido por los equipos de trabajo existentes en el local?

SÍ  NO

### **HUMEDAD DEL AIRE**

47. ¿Nota Vd. habitualmente sequedad en el ambiente?

SÍ  NO

### **PROGRAMAS DE ORDENADOR**

48. ¿Considera que cada programa que utiliza se adapta a la tarea que debe realizar?

SÍ  NO

49. ¿Considera que los programas que emplea son fáciles de utilizar?

SÍ  NO

50. ¿Estos programas se adaptan a sus conocimientos y experiencia?

SÍ  NO

51. ¿Los programas empleados le proporcionan ayudas para su utilización?

SÍ  NO

52. ¿El programa le facilita la corrección de errores, indicándole, por ejemplo, el tipo de error cometido y sugiriendo posibles alternativas?

SÍ  NO

### **PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

53. ¿Los programas utilizados le presentan la información a un ritmo adecuado?

SÍ  NO

54. ¿Para Vd. la información en pantalla es mostrada en un formato adecuado?

SÍ  NO

### **ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN**

#### **ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

55. ¿Se encuentra sometido habitualmente a una presión excesiva de tiempos en la realización de su tarea?

SÍ  NO

56. ¿La repetitividad de la tarea le provoca aburrimiento e insatisfacción?

SÍ  NO

57. ¿El trabajo que realiza habitualmente, le produce situaciones de sobrecarga y de fatiga mental, visual o postural?

SÍ  NO

58. ¿Realiza su trabajo de forma aislada o con pocas posibilidades de contacto con otras personas?

SÍ  NO

### **PAUSAS**

59 a) ¿El tipo de actividad que realiza le permite seguir su propio ritmo de trabajo y hacer pequeñas pausas voluntarias para prevenir la fatiga?

SÍ  NO

59 b) En el caso de haber respondido negativamente a la pregunta anterior, ¿realiza cambios de actividad o pausas periódicas reglamentadas para prevenir la fatiga?

SÍ  NO

### **FORMACIÓN**

60. ¿Le ha facilitado la empresa una formación específica para la tarea que realiza en la actualidad?

SÍ  NO

61. ¿Le ha proporcionado la empresa información sobre la forma de utilizar correctamente el equipo y mobiliario existente en su puesto de trabajo?

SÍ  NO

## **RECONOCIMIENTOS MÉDICOS**

62. ¿Le facilita la empresa una vigilancia de su salud específica para los riesgos del trabajo con pantallas de visualización?

SÍ  NO

---

NOTA: Las casillas de doble trazo  se refieren a las situaciones incorrectas, es decir, las que deberían ser corregidas.