



| | | | |
|---------------------|----|----|------|
| Fecha de aplicación | 19 | 11 | 2018 |
| | DD | MM | AAAA |

| | |
|-------------------------------|----------|
| Numero de identificación (ID) | 11380717 |
|-------------------------------|----------|

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL INTRALABORAL

FORMA A

Este cuestionario de factores psicosociales busca conocer su opinión sobre algunos aspectos de su vida familiar y personal.

Le agradecemos que usted se sirva contestar a las siguientes preguntas de forma absolutamente sincera. Las respuestas que usted de al cuestionario, no son ni buenas, ni malas, lo importante es que reflejen su manera de pensar sobre las condiciones de su vida familiar y personal.

Sus respuestas serán manejadas de forma absolutamente confidencial.

Es muy importante que usted responda a todas las preguntas y en cada una de ellas marque una sola respuesta.

Por favor lea cuidadosamente cada pregunta y conteste señalando con una "X" en la casilla de la respuesta que mejor se ajuste a su modo de pensar. Si se equivoca en una respuesta tachea y escriba la correcta.

Ejemplo

| | | | | | |
|-----------------------|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
| Mi vivienda es cómoda | X | | | | |

Respuesta definitiva

Respuesta equivocada

Las siguientes preguntas están relacionadas con las condiciones ambientales del(l)os sitio(s) o lugar(es) donde habitualmente realiza su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 1 El ruido en el lugar donde trabajo es molesto | | | X | | |
| 2 En el lugar donde trabajo hace mucho frio | | | X | | |
| 3 En el lugar donde trabajo hace mucho calor | | | X | | |
| 4 El aire en el lugar donde trabajo es fresco y agradable | | | X | | |
| 5 La luz del sitio donde trabajo es agradable | | X | | | |
| 6 El espacio donde trabajo es cómodo | X | | | | |
| 7 En mi trabajo me preocupa estar expuesto a sustancias químicas que afecten mi salud | | | | | X |
| 8 Mi trabajo me exige hacer mucho esfuerzo físico | | | | X | |
| 9 Los equipos o herramientas con los que trabajo son cómodos | | X | | | |
| 10 En mi trabajo me preocupa estar expuesto a microbios, animales o plantas que afecten mi salud | | | | | X |
| 11 Me preocupa accidentarme en mi trabajo | | | | X | |
| 12 El lugar donde trabajo es limpio y ordenado | X | | | | |



Para responder a las siguientes preguntas piense en la cantidad de trabajo que usted tiene a cargo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 13 | | | X | | |
| 14 | | X | | | |
| 15 | | | | | X |

Las siguientes preguntas están relacionadas con el esfuerzo mental que le exige su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 16 | | X | | | |
| 17 | | | | X | |
| 18 | | X | | | |
| 19 | | X | | | |
| 20 | | | X | | |
| 21 | X | | | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con las responsabilidades y actividades que usted debe hacer en su trabajo

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 22 | X | | | | |
| 23 | | X | | | |

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 24 | | X | | | |
| 25 | X | | | | |
| 26 | | X | | | |
| 27 | | | X | | |
| 28 | | | | X | |
| 29 | | | | X | |
| 30 | | | X | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con la jornada de trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 31 | | | | | X |
| 32 | | | X | | |
| 33 | | X | | | |
| 34 | | | X | | |
| 35 | | X | | | |
| 36 | | | | X | |
| 37 | | X | | | |
| 38 | | X | | | |



Las siguientes preguntas están relacionadas con las decisiones y el control que le permite su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 39 | | X | | | |
| 40 | X | | | | |
| 41 | X | | | | |
| 42 | | X | | | |
| 43 | | | X | | |
| 44 | | X | | | |
| 45 | | X | | | |
| 46 | | | X | | |
| 47 | | | X | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con cualquier tipo de cambio que ocurra en su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 48 | | | X | | |
| 49 | X | | | | |
| 50 | X | | | | |
| 51 | X | | | | |
| 52 | | | | X | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con la información que la empresa le ha dado sobre su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 53 | X | | | | |
| 54 | X | | | | |
| 55 | X | | | | |
| 56 | X | | | | |
| 57 | X | | | | |
| 58 | | X | | | |
| 59 | | | X | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con la formación y capacitación que la empresa le facilita para hacer su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 60 | | X | | | |
| 61 | | X | | | |
| 62 | | X | | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con el o los jefes con quien tenga más contacto.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------|-------|
| 63 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 64 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 65 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 66 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 67 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 68 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 69 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 70 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 71 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 72 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 73 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 74 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 75 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

Las siguientes preguntas indagan sobre las relaciones con otras personas y el apoyo entre las personas de su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 76 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 77 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 78 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 79 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 80 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 81 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 82 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 83 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 84 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 85 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 86 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 87 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 88 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 89 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |



Las siguientes preguntas están relacionadas con la información que usted recibe sobre su rendimiento en el trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 90 | | X | | | |
| 91 | | X | | | |
| 92 | | X | | | |
| 93 | | X | | | |
| 94 | | X | | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con la satisfacción, reconocimiento y la seguridad que le ofrece su trabajo.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|-----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 95 | X | | | | |
| 96 | X | | | | |
| 97 | X | | | | |
| 98 | | X | | | |
| 99 | | | | X | |
| 100 | | | | X | |
| 101 | | | | | |
| 102 | X | | | | |
| 103 | X | | | | |
| 104 | X | | | | |
| 105 | X | | | | |

Las siguientes preguntas están relacionadas con la atención a clientes y usuarios.

En mi trabajo debo brindar servicio a clientes o usuarios:

| | |
|----|---|
| SI | X |
| NO | |

Si su respuesta fue **SI** por favor responda las siguientes preguntas. Si su respuesta fue **NO** pase a las preguntas de la página siguiente.

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|-----|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 106 | | X | | | |
| 107 | | X | | | |
| 108 | | X | | | |
| 109 | | | X | | |
| 110 | | X | | | |
| 111 | | | X | | |
| 112 | | | | X | |
| 113 | | | X | | |
| 114 | | | X | | |



Soy jefe de otras personas en mi trabajo:

| | |
|----|-------------------------------------|
| SI | <input checked="" type="checkbox"/> |
| NO | <input type="checkbox"/> |

Si su respuesta fue **SI** por favor responda las siguientes preguntas.
Si su respuesta fue **NO** pase a las preguntas de la página siguiente

Las siguientes preguntas están relacionadas con las personas que usted supervisa o dirige

| | Siempre | Casi Siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|-----|---------|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 115 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 116 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 117 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 118 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 119 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 120 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 121 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 122 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 123 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |



| | | | |
|---------------------|----|----|------|
| Fecha de aplicación | 19 | 11 | 2018 |
|---------------------|----|----|------|

DID NMI AAAA

| | |
|-------------------------------|----------|
| Número de identificación (ID) | 11380977 |
|-------------------------------|----------|

CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES

EXTRALABORALES

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 1 Es fácil trasportarme entre mi casa y el trabajo | X | | | | |
| 2 Tengo que tomar varios medios de transporte para llegar a mi lugar de trabajo | | | | | X |
| 3 Paso mucho tiempo viajando de ida y regreso al trabajo | | | | X | |
| 4 Me trasporto cómodamente entre mi casa y el trabajo | X | | | | |
| 5 La zona donde vivo es segura | | X | | | |
| 6 En la zona donde vivo se presentan hurtos y mucha delincuencia | | | | X | |
| 7 Desde donde vivo me es fácil llegar al centro médico donde me atienden | | X | | | |
| 8 Cerca de mi vivienda las vías están en buenas condiciones | X | | | | |
| 9 Cerca de mi vivienda encuentro fácilmente transporte | | X | | | |
| 10 Las condiciones de mi vivienda son buenas | X | | | | |
| 11 En mi vivienda hay servicios de agua y luz | X | | | | |
| 12 Las condiciones de mi vivienda me permiten descansar cuando lo requiero | X | | | | |
| 13 Las condiciones de mi vivienda me permiten sentirme cómodo | X | | | | |



Ministerio de Salud y Protección Social



Las siguientes preguntas están relacionadas con su vida fuera del trabajo:

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|--|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 14 Me queda tiempo para actividades de recreación | | | X | | |
| 15 Fuera del trabajo tengo tiempo suficiente para descansar | | X | | | |
| 16 Tengo tiempo para atender mis asuntos personales y del hogar | | | X | | |
| 17 Tengo tiempo para compartir con mi familia o amigos | | X | | | |
| 18 Tengo buena comunicación con las personas cercanas | X | | | | |
| 19 Las relaciones con mis amigos son buenas | X | | | | |
| 20 Converso con personas cercanas sobre diferentes temas | X | | | | |
| 21 Mis amigos están dispuestos a escucharme cuando tengo problemas | | X | | | |
| 22 Cuanto con el apoyo de mi familia cuando tengo problemas | X | | | | |
| 23 Puedo hablar con personas cercanas sobre las cosas que me pasan | | | X | | |
| 24 Mis problemas personales o familiares afectan mi trabajo | | | | X | |
| 25 La relación con mi familia cercana es cordial | X | | | | |
| 26 Mis problemas personales o familiares me quitan la energía que necesito para trabajar | | | | X | |
| 27 Los problemas con mis familiares los resolvemos de manera amistosa | X | | | | |

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|---|---------|--------------|---------------|------------|-------|
| 28 Mis problemas personales o familiares afectan mis relaciones en el trabajo | | | | | X |
| 29 El dinero que ganamos en el hogar alcanza para cubrir los gastos básicos | X | | | | |
| 30 Tengo otros compromisos económicos que afectan mucho el presupuesto familiar | | | X | | |
| 31 En mi hogar tenemos deudas difíciles de pagar | | | | X | |



| | | | |
|-------------------------------|----------|------|------|
| Fecha de aplicación | 19 | 11 | 2018 |
| DD | MM | AAAA | |
| Número de identificación (ID) | 11380717 | | |

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

TERCERA VERSIÓN

Señale con una X la casilla que indique la frecuencia con que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses.

| | Siempre | Casi siempre | A veces | Nunca |
|---|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 2 Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3 Problemas respiratorios. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 4 Dolor de cabeza. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 5 Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6 Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7 Cambios fuertes del apetito | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8 Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez). | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9 Dificultad en las relaciones familiares. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10 Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | Siempre | Casi siempre | A veces | Nunca |
|---|---------|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 11 Dificultad en las relaciones con otras personas. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12 Sensación de aislamiento y desinterés. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13 Sentimiento de sobrecarga de trabajo. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14 Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15 Aumento en el número de accidentes de trabajo. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16 Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17 Cansancio, tedio o desgano. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 18 Disminución del rendimiento en el trabajo o poca creatividad. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19 Deseo de no asistir al trabajo. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20 Bajo compromiso o poco interés con lo que se hace. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21 Dificultad para tomar decisiones. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 22 Deseo de cambiar de empleo. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 23 Sentimiento de soledad y miedo. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 24 Sentimiento de irritabilidad, actitudes y pensamientos negativos. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25 Sentimiento de angustia, preocupación o tristeza. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26 Consumo de drogas para aliviar la tensión o los nervios. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27 Sentimientos de que "no vale nada", o "no sirve para nada". | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28 Consumo de bebidas alcohólicas o café o cigarrillo. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29 Sentimiento de que está perdiendo la razón. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30 Comportamientos rígidos, obsesión o torpeza. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 31 Sensación de no poder manejar los problemas de la vida. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |



| | | | |
|-------------------------------|----------|------|------|
| Fecha de aplicación | 19 | 11 | 2019 |
| D.D. | MM | AAAA | |
| Número de identificación (ID) | 11380717 | | |

FICHA DE DATOS GENERALES

Las siguientes son algunas preguntas que se refieren a información general de usted o su ocupación

Por favor seleccione una sola respuesta para cada pregunta y márquela o escribala en la casilla. Escriba con letra clara y legible

1 Nombre completo: JAIRO H. JIMENEZ SAUCHER

2 Sexo:

| | |
|-----------|-------------------------------------|
| Masculino | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Femenino | <input type="checkbox"/> |

3 Año de nacimiento: 1962

4 Estado civil:

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| Soltero (a) | <input type="checkbox"/> |
| Casado (a) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Unión libre | <input type="checkbox"/> |
| Separado (a) | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado (a) | <input type="checkbox"/> |
| Viudo (a) | <input type="checkbox"/> |
| Sacerdote / Monja | <input type="checkbox"/> |

5 Último nivel de estudios que alcanzó (marque una sola opción)

| | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| Ninguno | <input type="checkbox"/> |
| Primaria Incompleta | <input type="checkbox"/> |
| Primaria completa | <input type="checkbox"/> |
| Bachillerato In completo | <input type="checkbox"/> |
| Bachillerato completo | <input type="checkbox"/> |
| Técnico / tecnológico Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| Técnico / tecnológico completo | <input type="checkbox"/> |
| Profesional Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| Profesional completo | <input type="checkbox"/> |
| Carrera militar / policía | <input type="checkbox"/> |
| Post-grado Incompleto | <input type="checkbox"/> |
| Post-grado completo | <input checked="" type="checkbox"/> |

6 ¿Cuál es su ocupación o profesión? Licenciado en ciencias de la EDU. con ESP. en EDUCACION

7 Lugar de residencia actual:

| | |
|--------------------|---------------------|
| Ciudad / municipio | <u>Florencia</u> |
| Departamento | <u>Cundinamarca</u> |

8 Seleccione y marque el estrato de los servicios públicos de su vivienda

| | | |
|---|-------------------------------------|-------|
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | Finca |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No sé |
| 3 | <input type="checkbox"/> | |

9 Tipo de vivienda

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| Propia | <input checked="" type="checkbox"/> |
| En arriendo | <input type="checkbox"/> |
| Familiar | <input type="checkbox"/> |

10 Numero de personas que dependen económicamente de usted (aunque vivan en otro lugar) 3

11 Lugar donde trabaja actualmente:

| | |
|--------------------|--------------|
| Ciudad / municipio | ESCAPADA |
| Departamento | Cundinamarca |

12 ¿Hace cuántos años que trabaja en esta empresa?

| | |
|---|-------|
| Si lleva menos de un año marque esta opción | |
| Si lleva más de un año, anote cuántos años | 2/1/2 |

13 ¿Cuál es el nombre del cargo que ocupa en la empresa?

Gerente

14 Seleccione el tipo de cargo que más se parece al que usted desempeña y señale lo en el cuadro correspondiente de la derecha. Si tiene dudas pida apoyo a la persona que le entregó este cuestionario

| | |
|---|-------------------------------------|
| Jefatura - tiene personal a cargo | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Profesional, analista, técnico, tecnólogo | <input type="checkbox"/> |
| Auxiliar, asistente administrativo, asistente técnico | <input type="checkbox"/> |
| Operario, operador, ayudante, servicios generales | <input type="checkbox"/> |

15 ¿Hace cuántos años que desempeña el cargo u oficio actual en esta empresa?

| | |
|---|-------|
| Si lleva menos de un año marque esta opción | |
| Si lleva más de un año, anote cuántos años | 2 1/2 |

16 Escriba el nombre del departamento, área o sección de la empresa en el que trabaja

Gerencia - IDEK F

17 Seleccione el tipo de contrato que tiene actualmente (marque una sola opción)

| | |
|----------------------------|-------------------------------------|
| Temporal de menos de 1 año | <input type="checkbox"/> |
| Temporal de 1 año o más | <input type="checkbox"/> |
| Término indefinido | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cooperado (cooperativa) | <input type="checkbox"/> |
| Prestación de servicios | <input type="checkbox"/> |
| No sé | <input type="checkbox"/> |

18 Indique cuántas horas diarias de trabajo están establecidas habitualmente por la empresa para su cargo

8 Horas de trabajo al día

19 Seleccione y marque el tipo de salario que recibe (marque una sola opción)

| | |
|---|-------------------------------------|
| Fijo (diario, semanal, quincenal o mensual) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Una parte fija y otra variable | <input type="checkbox"/> |
| Todo variable (a destajo, por producción, por comisión) | <input type="checkbox"/> |

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

