



| | | | |
|---------------------|----|----|------|
| Fecha de aplicación | 09 | 04 | 2018 |
|---------------------|----|----|------|

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Número de identificación (ID) | 20691A-1013 |
|-------------------------------|-------------|

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 táchela y escriba la correcta.

Ejemplo

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

Respuesta definitiva



Respuesta equivocada



Las siguientes preguntas están relacionadas con las condiciones ambientales del(los) 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 frío | | | | 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 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 40 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 41 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 42 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 43 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 44 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 45 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 46 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 47 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

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

| | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Casi nunca | Nunca |
|----|---------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 48 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 49 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 50 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 51 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 52 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |

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 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 54 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 55 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 57 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 58 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |
| 59 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | |

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 | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 61 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| 62 | | | <input checked="" type="checkbox"/> | | |



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 indagaran 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"/> | | | |



| | | | |
|---------------------|----|----|------|
| Fecha de aplicación | 09 | 11 | 2018 |
|---------------------|----|----|------|

| | |
|-------------------------------|------------|
| Número de identificación (ID) | 1089141013 |
|-------------------------------|------------|

CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES

EXTRALABORALES

Las siguientes preguntas están relacionadas con varias condiciones de la zona donde usted vive

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





| | | | |
|---------------------|----|----|------|
| Fecha de aplicación | 09 | 11 | 2018 |
|---------------------|----|----|------|

| | |
|-------------------------------|------------|
| Número de identificación (ID) | 1069941013 |
|-------------------------------|------------|

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"/> |
| 25 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, obstinación o terquedad. | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 31 Sensación de no poder manejar los problemas de la vida. | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |



| | | | |
|---------------------|----|----|------|
| Fecha de aplicación | 09 | 11 | 2018 |
|---------------------|----|----|------|

| | |
|-------------------------------|------------|
| Número de identificación (ID) | 1066741073 |
|-------------------------------|------------|

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:
Héctor Fernando Vivalba Torres

2 Sexo:

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

3 Año de nacimiento:
1992

4 Estado civil:

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

6 ¿Cuál es su ocupación o profesión?
INSTRUCTOR

7 Lugar de residencia actual:

| | |
|--------------------|---------------------|
| Ciudad / municipio | Fusagasugá |
| Departamento | Cundinamarca |

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

| | | |
|-------------------------------------|---|-------|
| 1 | 4 | Finca |
| 2 | 5 | No sé |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 6 | |

9 Tipo de vivienda

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



10 Número de personas que dependen económicamente de usted (aunque vivan en otro lugar) **0**

11 Lugar donde trabaja actualmente:

| | |
|--------------------|---------------------|
| Ciudad / municipio | Fusagasugá |
| 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 |

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

INSTRUCTOR

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 | |
| Profesional, analista, técnico, tecnólogo | X |
| Auxiliar, asistente administrativo, asistente técnico | |
| Operario, operador, ayudante, servicios generales | |

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 |

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

Escuela de formación Deportiva

17 Seleccione el tipo de contrato que tiene actualmente

- Temporal de menos de 1 año
- Temporal de 1 año o más
- Término indefinido
- Cooperado (cooperativa)
- Prestación de servicios
- No sé

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

- Fijo (diario, semanal, quincenal o mensual)
- Una parte fija y otra variable
- Todo variable (a destajo, por producción, por

MUCHAS GRACIAS POR SU

