



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

Numero de identificación (ID)	391627182
-------------------------------	-----------

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 tachele 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 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		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		



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			X		
64			X		
65			X		
66				X	
67				X	
68				X	
69				X	
70				X	
71			X		
72			X		
73		X			
74			X		
75		X			



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		X			
77	X				
78	X				
79	X				
80					X
81	X				
82	X				
83	X				
84	X				
85	X				
86	X				
87	X				
88	X				
89	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	14	11	2018
---------------------	----	----	------

DD MM AAAA

Número de identificación (ID)	39627182
-------------------------------	----------

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		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 transporto 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 Protección Social
Departamento de Salud



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 Cuento 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	14	11	2018
---------------------	----	----	------

Número de identificación (ID)	39627182
-------------------------------	----------

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			X	
2 Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon.				X
3 Problemas respiratorios.				X
4 Dolor de cabeza.			X	
5 Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche.				X
6 Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos.				X
7 Cambios fuertes del apetito				X
8 Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez).				X
9 Dificultad en las relaciones familiares.				X
10 Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades.			X	

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

Fecha de aplicación	19	11	2018
DD	MM	AAAA	
Número de identificación (ID)	39627182		

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: GIOVANNA ANGELICA AVILA HURTADO

2 Sexo:

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

3 Año de nacimiento: 1996

4 Estado civil:

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

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

Ninguno	
Primaria incompleta	
Primaria completa	
Bachillerato incompleto	
Bachillerato completo	
Técnico / tecnológico incompleto	
Técnico / tecnológico completo	
Profesional incompleto	
Profesional completo	
Carrera militar / policía	
Post-grado incompleto	
Post-grado completo	<input checked="" type="checkbox"/>

6 ¿Cuál es su ocupación o profesión?

ADMINISTRADORA EMPRESAS - ESPECIALISTA EN DESARROLLO ORGANIZACIONAL

7 Lugar de residencia actual:

Ciudad / municipio	<u>FOSAGA SUGA</u>
Departamento	<u>CUDDINAMARCA</u>

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

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

11 Lugar donde trabaja actualmente:

Ciudad / municipio	<u>FUNDACIÓN</u>
Departamento	<u>CONDINAMA</u>

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	<u>2 1/2</u>

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

SECRETARIA GENERAL

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	
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	<u>2 1/2</u>

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

SECRETARIA GENERAL

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

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

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	
Todo variable (a destajo, por producción, por comisión)	

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

