



Fecha de aplicación DD MM AAAA

19 11 2018

Número de identificación (ID)

1069713098

**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				

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			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 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	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				

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					
96	X				
97	X				
98					X
99			X		
100				X	
101		X			
102		X			
103		X			
104		X			
105	X				

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

SI	NO
X	

En mi trabajo debo brindar servicio a clientes o usuarios:

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	
NO	X

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					
	Tengo colaboradores que comunican tarde los asuntos de trabajo				
116					
	Tengo colaboradores que tienen comportamientos irrespetuosos				
117					
	Tengo colaboradores que dificultan la organización del trabajo				
118					
	Tengo colaboradores que guardan silencio cuando les piden opiniones				
119					
	Tengo colaboradores que dificultan el logro de los resultados del trabajo				
120					
	Tengo colaboradores que expresan de forma irrespetuosa sus desacuerdos				
121					
	Tengo colaboradores que cooperan poco cuando se necesita				
122					
	Tengo colaboradores que me preocupan por su desempeño				
123					
	Tengo colaboradores que ignoran las sugerencias para mejorar su trabajo				

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

DD MM AAAA

Número de identificación (ID)	AAAA
-------------------------------	------

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 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 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				

## CUESTIONARIO DE FACTORES PSICOSOCIALES

### EXTRALABORALES



Universidad Javeriana  
Facultad de Ciencias

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

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
14			<input checked="" type="checkbox"/>		
15			<input checked="" type="checkbox"/>		
16		<input checked="" type="checkbox"/>			
17			<input checked="" type="checkbox"/>		
18	<input checked="" type="checkbox"/>				
19	<input checked="" type="checkbox"/>				
20	<input checked="" type="checkbox"/>				
21	<input checked="" type="checkbox"/>				
22	<input checked="" type="checkbox"/>				
23	<input checked="" type="checkbox"/>				
24		<input checked="" type="checkbox"/>			
25	<input checked="" type="checkbox"/>				
26		<input checked="" type="checkbox"/>			
27	<input checked="" type="checkbox"/>				

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
28		<input checked="" type="checkbox"/>			
29	<input checked="" type="checkbox"/>				
30		<input checked="" type="checkbox"/>			
31					<input checked="" type="checkbox"/>







Fecha de aplicación	DD	MM	AAAA
Número de identificación (ID)			

## 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 rígidos, 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)	1069713098		

## 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 escríbala en la casilla. Escriba con letra clara y legible

1 Nombre completo:  
**WILLIAM ERNESTO ESPITA ARIAS**

2 Sexo:

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

3 Año de nacimiento:  
**1985**

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"/>
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 checked="" 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?

**LICENCIADO EN EDUCACION BASICA, CON ENFASIS EN EDUCACION FISICA DEPORTACION Y DEPORTE.**

7 Lugar de residencia actual:

Ciudad / municipio	<b>FUSAGASUGA</b>
Departamento	<b>CUNDINAMARCA</b>

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

11 Lugar donde trabaja actualmente:

Ciudad / municipio	<u>FUSAGASUGA</u>
Departamento	<u>CUNDINAMARCA</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</u>

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

INSPECTOR DEPORTIVO DE LA COMUNA SUR-ORIENTAL

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	<u>X</u>
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</u>

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

MISSIONAL

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

Temporal de menos de 1 año	<u>X</u>
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

6 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)	<u>X</u>
Una parte fija y otra variable	
Todo variable (a destajo, por producción, por comisión)	

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**