

Formulario de encuesta simple sobre estrés ocupacional (57 ítems)

A. Son las preguntas sobre su trabajo. Por favor marque con un círculo la más apropiada

	Si	Algo así	No mucho	No
1. Tengo que hacer demasiado trabajo	1	2	3	4
2. No puedo terminar mi trabajo dentro de un horario	1	2	3	4
3. Tengo que trabajar con mucha intensidad	1	2	3	4
4. Se necesita poner mucha concentración	1	2	3	4
5. Es un trabajo difícil que se requiere alto grado de conocimientos y técnicas	1	2	3	4
6. Debo de pensar en el trabajo todo el tiempo durante el trabajo	1	2	3	4
7. Es un trabajo que requiere mucho trabajo físico	1	2	3	4
8. Puedo trabajar a mi propio ritmo	1	2	3	4
9. Puedo tomar decisiones en cuanto al orden y la manera de trabajar	1	2	3	4
10. En mi oficina puedo expresar mi opinión sobre la política de trabajo	1	2	3	4
11. Mis conocimientos y habilidades rara vez se utilizan en el trabajo	1	2	3	4
12. Existen discrepancia de opiniones dentro del departamento de trabajo.	1	2	3	4
13. Mi departamento y otros departamentos de la oficina no se llevan bien.	1	2	3	4
14. El ambiente de trabajo es amistoso	1	2	3	4
15. Mi entorno de trabajo no es bueno (por ejemplo, ruido, iluminación, temperatura, ventilación)	1	2	3	4
16. El contenido del trabajo encaja bien conmigo	1	2	3	4
17. Es un trabajo que vale la pena.	1	2	3	4

B. Sobre las preguntas de su condición en el último mes, favor de marcar con un círculo la más apropiada.

	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me siento con mucho ánimo	1	2	3	4
2. Estoy lleno de energía	1	2	3	4

3. Me siento con vida	1	2	3	4
4. Me siento enojado/a	1	2	3	4
5. Me siento frustrado/a por dentro	1	2	3	4
6. Estoy irritado/a	1	2	3	4
7. Siento un cansancio terrible.	1	2	3	4
8. Me siento agotado/a	1	2	3	4
9. Me siento con pereza	1	2	3	4
10. Me siento con desasosiego	1	2	3	4
11. Me siento preocupada/o	1	2	3	4
12. Me siento inquieto/a	1	2	3	4
13. Me siento melancólico/a	1	2	3	4
14. Siento pereza en hacer cualquier cosa	1	2	3	4
15. No puedo concentrarme en las cosas	1	2	3	4
16. No me siento alegre.	1	2	3	4
17. Me siento lleno de cosas en la mente que no puedo trabajar	1	2	3	4
18. Me siento triste	1	2	3	4
19. Siento náuseas	1	2	3	4
20. Me duele todas las partes del cuerpo	1	2	3	4
21. Siento la cabeza pesada y/o me duele la cabeza.	1	2	3	4
22. Siento duro el cuello y/o la espalda	1	2	3	4
23. Me duele la espalda inferior	1	2	3	4
24. Tengo la vista cansada	1	2	3	4
25. Siento palpitaciones y dificultad para respirar	1	2	3	4
26. Me siento mal del estómago y/o intestino	1	2	3	4
27. No tengo apetito	1	2	3	4
28. Tengo estreñimiento y/o diarrea	1	2	3	4
29. No puedo dormir bien	1	2	3	4

C Son preguntas sobre las personas que lo rodean. Por favor marque con un círculo el más apropiado.

	Muchísimo	Bastante	Un poco	Nada en absoluto
¿Con cuanta libertad pueden hablar con las				

siguientes personas?				
1. Jefe	1	2	3	4
2. Colega de trabajo.	1	2	3	4
3. Cónyuge, familia, amigos, etc.	1	2	3	4
Cuando está con problemas, ¿Qué tanto se puede confiar en las siguientes personas?				
4. Jefe	1	2	3	4
5. Colega de trabajo.	1	2	3	4
6. Cónyuge, familia, amigos, etc.	1	2	3	4
¿Qué tan bien le escucharán las siguientes personas cuando pida consejo sobre asuntos personales?				
7. Jefe	1	2	3	4
8. Colega de trabajo.	1	2	3	4
9. Cónyuge, familia, amigos, etc.	1	2	3	4

D Nivel de satisfacción

	Satisfecho	Algo satisfecho	Algo insatisfecho	Insatisfecho
1. Estoy satisfecho con mi trabajo	1	2	3	4
2. Estoy satisfecho con mi vida familiar	1	2	3	4