

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES FACULTAD DE PSICOLOGIA
CONICET CEIL- CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES LABORALES

Las respuestas deben referirse **sólo a la actividad de la organización o establecimiento donde se está realizando la encuesta.**

IDENTIFICACIÓN

Código del organismo entrevistado	Nº de entrevistado por el encuestador en orden correlativo.	Fecha de realización de la encuesta			Código de Provincia
		Día	Mes	Año	

ELIJA UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS O AFIRMACIONES. RECUERDE MARCAR CON X.

1.1 ¿Cuántas horas efectivamente trabaja usted por semana en este empleo?		
1. entre 1 y 9 hs.		
2. entre 10 y 34 hs.		
3. entre 35 y 44 hs.		
4. 45 o más horas.		
	Si	No
1.2 Realiza usted horas extraordinarias?		

TB 1- ¿En este empleo, cuántos días trabaja Ud. normalmente por semana?	
1. menos de 2 días.	
2. entre 3 y 4 días.	
3. 5 días.	
4. 6 días.	
5. 7 días.	

	Siempre	A veces	Nunca
TB 2- ¿Tiene Ud. al menos 48 hs (o más) seguidas de descanso en una semana?			
TB 3- ¿Usted trabaja los días sábados? (Si responde "Nunca" pasa a TC1)			
TB 4- ¿Usted trabaja los días domingos? (Si responde "Nunca" pasa a TC1)			
TB 5- ¿Por las horas realizadas en domingos y días feriados o no laborables, recibe una compensación especial...			
1. como pago de horas extraordinarias?			
2. como horas o francos compensatorios?			

TC 1- Sus horarios de trabajo...	Siempre	A veces	Nunca
TC 1.1- ... están definidos por su organización en forma estricta (si responde Siempre pasa a T.C. 2).			
TC 1.2- ...son definidos por usted con autorización de la organización.			
TC 1.3- ... los organiza usted mismo			

	SI	NO	No corresponde	No sabe	No contesta
TC 2- En caso de imprevistos o contratiempos, ¿puede Ud. modificar sus horarios arreglándose con sus compañeros o colegas?					

TC 3- ¿Conoce Ud. los horarios que tendrá que cumplir...	Siempre	A veces	Nunca
1. ...en el próximo mes?			
2. ...en la próxima semana?			
3.mañana o el día siguiente?			

Vamos a hablar ahora de sus horarios cotidianos

TD 1- ¿Sus horarios habituales de trabajo cotidianos son...	
1. ...los mismos todos los días?	
2. ...alternados en 2 turnos de 6-8 horas (Ej.: de 6 a 14 y de 14 a 22 horas)?	
3.alternados en 3 turnos de 6-8 horas (Ej.: de 6 a 14, de 14 a 22 y de 22 a 6 horas)?	
4.alternados por guardias de 12 o de 24 horas?	
5. ...cambian con frecuencia y de un día para otro?	
6. No sabe	
7. No contesta	

	Siempre	A veces	Nunca
TD 2-¿Trabaja Ud. entre medianoche y las 6 horas de la mañana? (si contesta Nunca pasa a T.E. 1).			

	Siempre	A veces	Nunca
TD 3- ¿Por las horas realizadas durante la noche recibe alguna compensación en... (varias opciones son posibles)			
1. pago de horas extraordinarias?			
2. horas o francos compensatorios?			
3. reducción de la jornada (pasar de 8 a 7 o a 6 horas diarias)?			

	Siempre	A veces	Nunca
TE 1- ¿Es frecuente que usted trabaje más horas de las que corresponden a su horario legal o del Convenio Colectivo de Trabajo o Estatuto? (si contesta Nunca pasa a T.E. 3)			
TE 2- ¿Estas horas que Ud. trabaja superando su horario normal, le son compensadas con...			
1. pago de horas extraordinarias?			
2. horas o francos compensatorios?			
TE 3- ¿Tiene Ud. que realizar períodos de guardia o debe estar rápidamente disponible para efectuar un trabajo? (si contesta Algunas veces o Nunca pasa a T.E. 6).			

	Cantidad de días	No sabe	No contesta
TE 4- ¿Aproximadamente, cuántas veces realizó períodos de guardia o fue convocado rápidamente para hacer un trabajo en el último año? (Respuesta abierta: poner número de días)			
TE 5- ¿Estas guardias son recompensadas con...	Siempre	A veces	Nunca
1. pago de horas extraordinarias?			
2. horas o francos compensatorios?			
TE 6- ¿Ud. es contactado por su empleador, sus compañeros/colegas o sus superiores, por fuera de sus horarios de trabajo, por asuntos laborales?			
TE 7- ¿Ud. lleva trabajo para realizar en su domicilio? (si contesta nunca pasa a T.E. 9)			

	Cantidad de horas	No sabe	No contesta
TE 8- ¿Si se lleva trabajo a casa, cuántas horas le dedica Ud. en promedio al trabajo en su domicilio en una semana? (Respuesta abierta: poner número de horas)			
TE 9- ¿Su trabajo lo obliga a dormir fuera de su domicilio?			
1. Una vez por semana o más.			
2. Una a tres veces por mes.			
3. Nunca.			
4. No sabe.			
5. No contesta.			

Vamos a hablar ahora de sus vacaciones, licencias y días de ausencia autorizados

	SI	NO	No sabe	No contesta
TE 10- ¿Tiene legalmente derecho a vacaciones / licencias?				
TE 11- ¿Cuántos días de licencia o vacaciones se está tomando por año?				
1. menos de 6 días				
2. 7 días				
3. de 8 a 15 días				
4. de 16 a 21 días				
5. de 22 a 28 días				
6. de 29 a 35 días o más				
7. Más días porque usted tiene periodos acumulados				
	Siempre	A veces	Nunca	
TE 12- ¿Usted puede proponer el período para tomar sus vacaciones y lo obtiene?				
TE 13- El año pasado ¿tomó Ud. todas los días de vacaciones que le correspondían?				
1. Sí				
2. No, pero pude pasar todos los días no tomados para el año próximo				
3. No, y perdí aquellos días no tomados (algunos o todos)				
4. Ese año no me correspondían				
5. No sabe				
6. No contesta				
	Siempre	A veces	Nunca	
TE 14- En caso de una situación imprevista o inesperada personal o familiar, ¿tiene Ud. la posibilidad de ausentarse de su trabajo, aunque sean algunas horas?				
TE 15- ¿Le permiten sus horarios de trabajo compartir momentos de ocio con sus amigos y familiares por fuera de su trabajo?				

Vamos a hablar ahora de su situación de trabajo

	Siempre	A veces	Nunca
RA 1- ¿Cuándo realiza su trabajo, usted debe... (puede marcar más de una opción)			
1. permanecer largo tiempo parado?			
2. permanecer largo tiempo sentado?			
3. permanecer en una postura incómoda sin poder cambiar de posición o trabajar en un ambiente con poco espacio para moverse?			
4. efectuar a pie desplazamientos largos o frecuentes?			
5. llevar o desplazar cargas pesadas?			
6. efectuar movimientos dolorosos o cansadores?			
7. soportar sacudidas o vibraciones?			
8. estar atento y no poder no quitarle los ojos a su trabajo?			
9. leer letras o cifras muy pequeñas, mal impresas, mal escritas?			

10. examinar objetos muy pequeños, detalles muy finos?			
11. prestar atención a señales luminosas o sonoras breves, imprevisibles o difíciles de detectar?			
12. trabajar con pantallas de computadoras sin protección, pequeñas, o con teclados incómodos?			
RA 2- ¿Su medio ambiente de trabajo (o su lugar habitual de trabajo) presenta alguna de las dificultades o inconvenientes que siguen ... (puede marcar más de una opción)	Siempre	A veces	Nunca
1. suciedad?			
2. humedad?			
3. corrientes de aire?			
4. malos olores?			
5. temperaturas elevadas?			
6. temperaturas bajas?			
7. ausencia o mal estado de los sanitarios?			
8. ausencia de vista al exterior?			
9. hacinamiento?			
10. mala iluminación?			
RA 3- ¿Utiliza Ud. un vehículo (auto, moto, bicicleta) para realizar su trabajo o sus actividades profesionales, aparte de los trayectos domicilio-trabajo? (si contesta Nunca pasa a R.A. 5)			

	Cantidad de Km	No sabe	No contesta
RA 4- ¿Cuántos kilómetros en promedio recorre Ud. por su trabajo en ese vehículo? (Respuesta abierta. Valores expresados en km por mes)			

RA 5- ¿Dentro de su lugar de trabajo, o establecimiento, tiene que... (varias respuestas son posibles)	Siempre	A veces	Nunca
1. respirar humo o polvo?			
2. estar en contacto con productos peligrosos?			
3. estar expuesto a riesgos infecciosos?			
4. correr el riesgo de herirse o accidentarse?			
5. correr el riesgo de sufrir accidentes de tránsito en el transcurso de la jornada de trabajo?			

RA 6- ¿Cuándo Ud. trabaja, si una persona, ubicada a una distancia de 2 ó 3 metros le habla...			
1. la escucha, si ella habla normalmente.			
2. la escucha, sólo si sube la voz.			
3. no puede escucharla.			
4. No sabe.			
5. No contesta			

RA 7- ¿Su empleador le provee de elementos de protección personal adecuados según los riesgos a los que está expuesto? (si responde Sí pasa a RA 7.2)	Si	No
--	----	----

RA7.1- Por qué no se los provee? (Pasa a RA8):.....

RA7.2- En caso afirmativo, cuáles?):.....

	Sí, siempre y todos	Sí, pero no todos o no siempre	No	No sabe	No contesta
RA 8- ¿Ud. utiliza dichos elementos de protección personal?					
¿Por qué?					

Vamos a hablar ahora de la organización y ritmo de su trabajo

OA 1- ¿Su ritmo de trabajo está dado por ... (Puede incluir más de una condición)	Siempre	A veces	Nunca
1. la dependencia inmediata respecto del trabajo de uno o varios compañeros?			
2. normas de producción a cumplir o plazos a respetar en un corto espacio de tiempo de una hora o menos?			
3. normas de producción o plazos a respetar en un día o más?			
4. una urgente solicitud externa (clientes, público) que obliga a responder rápidamente?			
5. una solicitud externa (cliente, público usuario, paciente) pero que no obliga a brindar una respuesta inmediata?			
6. los controles o vigilancias permanentes (o al menos cotidianos) ejercidos por los jefes y/o los superiores?			
7. un control o seguimiento informatizado?			
8. el desplazamiento automático de un producto o una pieza?			
9. el ritmo de una máquina?			
10. otras restricciones/exigencias técnicas?			
11. por sus propios tiempos y prioridades?			

	SI	NO	No sabe	No contesta
OA 2- ¿Trabajó Ud. en una cadena de montaje o una cinta transportadora?				
		Siempre	A veces	Nunca
OA 3- ¿Está Ud. obligado a apurarse en su trabajo?				

	SI	NO	A veces	No sabe	No contesta
OA 4- ¿Ocurre con frecuencia que Ud. deba interrumpir la tarea que estaba haciendo para realizar otra que no estaba prevista? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a O.A. 6)					

OA 5- Ud. diría que ese tipo de interrupción generalmente <i>(una sola opción)</i>	
1. es un aspecto negativo de su trabajo?	
2. no implica consecuencias en su trabajo?	
3. es un aspecto positivo de su trabajo?	
4. No sabe	
5. No contesta	

	SI	NO	No sabe	No contesta
OA 6- ¿En su actividad tiene que alcanzar metas predeterminadas? <i>(si contesta No, No sabe, No contesta, pasa a O.A. 9)</i>				
OA 7- ¿Tiene Ud. la posibilidad de modificar estas metas? <i>si contesta No, No sabe, No contesta, pasa a O.A. 8)</i>				

OA 7.1- En caso de poder modificar estas metas, usted actúa... <i>(elegir una sola opción)</i>	
1. por su propia iniciativa	
2. conversando a solas con su superior	
3. conversando entre varios o colectivamente	
4. No sabe	
5. No contesta	

	Siempre	A veces	Nunca
OA 8- ¿Tiene Ud. dificultad o inconvenientes para alcanzar estas metas que le son fijadas?			

	SI	NO	A veces	No corresponde <i>(no hay plazos)</i>	No sabe	No contesta
OA 9- Para realizar su trabajo, ¿puede Ud. efectuar cambios en los plazos fijados?						

	SI	NO	No sabe	No contesta
RB 1- Durante los últimos 12 meses, ¿recibió Ud. alguna formación o información sobre los riesgos que su trabajo puede ocasionar en su salud o en su seguridad? <i>(si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a R.B. 3)</i>				

RB 2- ¿La información o formación fue brindada por....	Siempre	A veces	Nunca
1. la empresa/administración?			
2. servicios especializados/consultores?			
3. ART?			
4. Gremio?			

5. El Ministerio de Trabajo?			
------------------------------	--	--	--

	SI	NO	No sabe	No contesta
RB 3- Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo conocimiento de algún documento, instructivo o cartelera escrito por su empleador que describa los riesgos vinculados al trabajo en su establecimiento? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a R.B. 5).				
RB 4- ¿Ha sido consultado para la elaboración de este documento o instructivo?				
RB 5.- Existe en su organización o establecimiento un Servicio de Medicina del Trabajo?				
RB 6.- En caso afirmativo tiene la obligación de hacer una visita médica periódica?				

RB 7- ¿Cuándo fue su última visita ó consulta a un médico del trabajo por razón de una enfermedad, luego de su ingreso?	
1. Menos de un año.	
2. Entre 1 y 2 años.	
3. Entre 2 y 5 años.	
4. Más de 5 años.	
5. Nunca tuvo una visita o consulta con un médico del trabajo luego del ingreso.	
6. No sabe.	
7. No contesta.	

	SI	NO	No corresponde (no trabajo siempre en lugar fijo)	No sabe	No contesta
RB 7 Durante los últimos 12 meses, ¿el médico del trabajo, el Ingeniero de Higiene y Seguridad o el encargado de la prevención visitó su lugar de trabajo?					

	SI	NO	No sabe	No contesta
RB 9.- ¿Tiene usted instrucciones por escrito o carteles sobre la seguridad en su puesto de trabajo, además de las instrucciones para evacuación en caso de incendio? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a R.C. 1)				

	Siempre	A veces	Nunca
RB 10- ¿Piensa que puede ponerlas en práctica?(si contesta siempre pasa a R.C.1)			

	SI	NO	No sabe	No contesta
RB 11- ¿Su superior (o los responsables de la empresa o de la organización) saben que Ud. no puede aplicarlas o que sólo puede hacerlo en parte?				

	NO	SI (1 accid.)	SI (2 o más)	No sabe	No contesta
RC 1- En los últimos 12 meses, en su trabajo, ¿sufrió Ud. uno o varios accidentes leves, incluso no graves, que lo han obligado a hacerse atender por los servicios médicos dentro o fuera de su lugar de trabajo? (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a S.1).					

¿Qué tipo de accidente? (Describa brevemente el accidente).....

	SI	NO	No sabe	No contesta
RC 2- ¿Este accidente ocurrió en su empleo actual?				
RC 3- ¿Si sufrió varios accidentes, estos ocurrieron en su empleo actual?				

Vamos a interesarnos ahora en el último accidente ocurrido.

	Mes	Año	No sabe	No contesta
RC 4- ¿En qué fecha aproximada ocurrió este accidente?				

	SI	NO	No sabe	No contesta
RC 5- Tuvo que abandonar o interrumpir su trabajo a causa de este accidente? (al menos un día) (si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a R.C. 7).				

	Cant. de días	No sabe	No contesta
RC 6- ¿Cuántos días tuvo que abandonar o dejar de hacer su trabajo por esa causa? (Respuesta abierta: poner número de días).			

	SI	NO	No sabe	No contesta
RC 7- ¿Le informó Ud. este accidente a su empleador? (superior jerárquico, servicio médico, servicio de personal)				
RC 8- ¿Este accidente fue reconocido e indemnizado por la Seguridad Social o la ART a título de los accidentes de trabajo? (reembolso íntegro de los cuidados, indemnización desde el primer día de interrupción).				
	Sí, totalmente	Medianamente adecuada	Inadecuada	
RC 8.-Esta compensación le resultó adecuada?				

	SI	NO	No sabe	No contesta
RC 9- A partir de este último accidente, ¿su empleador tomó medidas para reducir los riesgos en cuestión?				

Vamos a hablar ahora de su salud...

	Muy bueno	Bueno	Malo	No sabe	No contesta
S 1- ¿Cómo cree Ud. que es su estado de salud general?					

S 2- Luego de un arduo día de trabajo, Ud. siente la necesidad y trata de... <i>(puede marcar varias opciones)</i>	Si	No	A veces
1. Realizar algún deporte o actividad física.			
2. Pasar tiempo con algún entretenimiento, su hobby.			
3. Tomar alguna medicación, calmante o droga.			
4. Continuar con sus actividades habituales.			
5. No sabe.			
6. No contesta.			

S 3- Durante la jornada laboral o luego de concluir, usted <i>(Varias respuestas son posibles)</i>	Si	No	A veces
1. toma medicamentos para la acidez,			
2. toma algún mio-relajante,			
3. toma psicofármacos,			
4. toma analgésicos			
5. Consume alguna otra droga, medicamento estimulante o alcohol			
6. No toma drogas ni medicamentos			
7. No sabe			
8. No contesta			

S 4- ¿Ud. piensa que con el correr del tiempo su trabajo puede afectar o modificar su salud?
1. No, piensa que su trabajo no ejerce influencia sobre su salud.
2. Si, piensa que su trabajo es más bien bueno para su salud
3. Si, piensa que su trabajo es más bien malo para su salud
4. No sabe
5. No contesta

	SI	NO	No sabe	No contesta
S 5- Desde que ingresó a la empresa u organización sufre o ha sufrido alguna enfermedad o molestia relacionada con su trabajo?				
¿Cuáles?				
	SI	NO	No sabe	No contesta
S 6- En el transcurso de los últimos doce meses, ¿ ha ido alguna vez a trabajar sabiendo que no debía hacerlo por estar enfermo? <i>(Si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a E. 1)</i>				
S 7- ¿Cuántas veces le ocurrió en el transcurso de los últimos doce meses? <i>(Respuesta abierta, de 1 a 365: poner número de días)</i>				

	SI	NO	No sabe	No contesta

E 1-¿Está Ud. en contacto directo con el público? (<i>usuarios, pacientes, alumnos, pasajeros, clientes, proveedores, empleados de otras empresas u organizaciones</i>) (Si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a E. 4)				
---	--	--	--	--

E 2- Ese contacto es... (<i>puede marcar más de una opción</i>)	Siempre	A veces	Nunca
1. cara a cara			
2. por teléfono			
3. correo electrónico			
4. chat			
5. fax			
6. a través de sistemas de SMS			
7. skype			
8. sistemas diseñados por su propia organización			
E 3- ¿Sufre Ud. situaciones de tensión en sus relaciones con el público (<i>usuarios, pacientes, alumnos, padres de alumnos, pasajeros, clientes, proveedores, etc.</i>)?			

	SI	NO	A veces	No sabe	No contesta
E 4- Mientras trabaja, ¿ocurre que esté en contacto con personas en situación de angustia?					
E 5- Mientras trabaja, ¿ocurre que usted deba calmar personas angustiadas, preocupadas, nerviosas, coléricas?					

E 6- ¿Con qué frecuencia vive cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo? (<i>puede marcar más de una opción</i>)	Siempre	A veces	Nunca
1. Tener que esconder sus emociones o fingir estar de buen humor			
2. Tener que evitar dar su opinión			
3. Tener miedo			
E.7. ¿Sufre Ud. situaciones de tensión en sus relaciones con sus compañeros de trabajo?			

	Siempre	A veces	Nunca
OB 1- ¿Recibe Ud. órdenes o indicaciones contradictorias?			
OB 2- Para realizar correctamente su trabajo, ¿Ud. tiene en general...	Siempre	A veces	Nunca
1. el tiempo suficiente?			
2. los medios (máquinas, herramientas, materias primas, energía) para hacer un trabajo de calidad?			

OB 3- ¿Con qué frecuencia vive Ud. cada una de las siguientes situaciones dentro de su trabajo...?	Siempre	A veces	Nunca
1. Trabaja bajo presión.			
2. Tiene que pensar en muchas cosas a la vez.			

3. Sigue pensando en su trabajo cuando ya no está trabajando.			
4. Tiene que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien.			

A 1- Las indicaciones dadas por sus superiores le dicen lo que hay que hacer. En general...	Siempre	A veces	Nunca	No corresponde
1. Tengo que esconder mis emociones o fingir estar de buen humor				
2. Tengo que evitar dar mi opinión				
3. Tengo miedo				

	Siempre	A veces	Nunca	No corresponde
A 2- En su trabajo Ud. recibe órdenes, consignas o guías de acción precisas?				

A 3- Cuando en el transcurso de su trabajo, se produce algo fuera de lo habitual...	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1. Ud. arregla personalmente el incidente					
2. Ud. consulta eso con <i>un superior</i> o <i>un servicio especializado</i>					
3. Ud. consulta con <i>un compañero de trabajo,</i>					
4. Ud. consulta con <i>personal a su cargo</i>					
A 4-¿Debe Ud. seguir procedimientos de calidad estrictos (certificados ISO, acreditación de calidad total, u otras de carácter legal)?					

	SI	NO	A veces	No sabe	No contesta
A 5- ¿Su trabajo consiste en repetir continuamente una misma serie de acciones repetitivas como sellar documentos, coser expedientes, recibir notas del público, ordenar y reordenar expedientes? (Si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a A. 7)					

	SI	NO	No sabe	No contesta	
A.6-¿Cada serie de esas acciones repetitivas dura al menos un minuto?					
	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
A.7- ¿Su trabajo implica tareas monótonas?					
A.8-¿Su trabajo le permite aprender cosas nuevas?					

A 9- ¿Puede organizar su trabajo de la manera que mejor le conviene?	
1. No nunca	

2. Sí, en algunos casos	
3. Sí, siempre	
4. No corresponde	
5. No sabe	
6. No contesta	
A.10- ¿En su trabajo, usted tiene la oportunidad de desarrollar sus capacidades profesionales o conocimientos específicos?	
1. No nunca	
2. Sí, a veces	
3. Sí, siempre	
4. No corresponde	
5. No sabe	
6. No contesta	

A 11- ¿En su trabajo, ¿con qué frecuencia Ud. siente que...	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1. Se aburre					
2. Tiene la posibilidad de hacer las cosas que le gustan					

S.A.1-¿Cuál de estos niveles de sueldos o ingresos percibe usted mensualmente? (Montos en pesos)	
1. menos del Salario Mínimo Vital = 3600 \$ (o el vigente en el momento de la encuesta)	
2. de 3600 a menos de 5000	
3. de 5000 a menos de 10000	
4. de 10000 a menos de 15000	
5. de 15000 a menos de 20000	
6. de 20000 y más	
7. No sabe	
8. No contesta	

S.A.2-Teniendo en cuenta el trabajo que realiza, Ud. considera que está	
1. Muy bien pago	
2. Bien pago	
3. Mal pago	
4. No sabe	
5. No contesta	

	Sobre-calificado	Bien formado	Poco formado
SB 1- Su preparación para el puesto que ocupa es...			

	Sí totalmente	Faltan algunos	No falta ninguno
SB.2-¿Piensa Ud. que para realizar correctamente este trabajo, le faltan algunos conocimientos y competencias?			

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
S.B.3-¿Piensa Ud. que algunos de sus conocimientos o competencias no son utilizados?					

Vamos a hablar ahora de sus relaciones con otras personas en el marco de su trabajo.

S.C.1- ¿Si Ud. tiene dificultad para hacer un trabajo delicado o complejo, ¿es ayudado por...	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1. sus superiores jerárquicos?					
2. las otras personas con las cuales Ud. trabaja habitualmente?					
3. otras personas de su lugar de trabajo?					
4. otras personas externas a su lugar de trabajo?					
S.C.2- ¿Trabaja solo y sin colaborar con otros, de manera autónoma?					

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
S.C.3- ¿ Ud. habla con sus compañeros de trabajo del funcionamiento y la organización de su actividad laboral? <i>(por ej. distribución del trabajo, naturaleza del material y de los equipos, desperfectos, defectos e incidentes, pausas, reemplazos horarios, condiciones de trabajo y de seguridad) (Si contesta NO, No sabe, No contesta pasa a S.C.5)</i>					
S.C.4- ¿Estas conversaciones de temas laborales se hacen formalmente en reuniones programadas a tal fin?					
S.C.5-¿Está en desacuerdo con sus superiores sobre la manera de realizar correctamente su trabajo?					
S.C.6- ¿En caso de desacuerdo, puede Ud. conversar sobre el tema con sus superiores?					
S.C.7- ¿Suele suceder que esté usted en desacuerdo con sus compañeros acerca de la mejor manera de hacer su trabajo?					
S.C.8- En caso de desacuerdo, usted puede discutir con ellos?					

S.C.9-¿Sufre Ud. situaciones de tensión...	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1. en sus relaciones con sus superiores jerárquicos?					
2. en sus relaciones con sus compañeros?					
3. en sus relaciones con el personal que está a su cargo?					

Responda la frecuencia con la que le ocurren las siguientes situaciones:

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
S.E.1- Mi superior presta atención a lo que digo.					
S.E.2- Mi empleador, superior o encargado me ayuda a realizar correctamente mis tareas.					
S.E.3- Las personas que evalúan mi trabajo lo conocen bien.					
S.E.4- Mi superior trata de igual manera y correctamente a las personas que trabajan bajo sus órdenes.					
S.E.5- Los compañeros con quienes trabajo me ayudan a realizar correctamente mis tareas.					
S.E.6- Los compañeros con quienes trabajo son amistosos.					

S.E.7-Teniendo en cuenta todos sus esfuerzos, ¿recibe el respeto y la estima que merece su trabajo de parte de:	Siempre	A veces	Nunca	No corresponde	No sabe	No contesta
1. Superiores						
2. Compañeros						
3. El personal que está a su cargo?						
S.E.8- Teniendo en cuenta todos sus esfuerzos, ¿tiene expectativas de promoción o de ser ascendido?						

En el transcurso de los últimos doce meses, ¿ocurrió alguna vez que tuviera que vivir en el trabajo alguna de estas situaciones?

S.F.1- Una o varias personas se comportan en forma constante de la siguiente manera:	Si			NO	No sabe	No contesta
	Persona/s de la empresa	Cliente/s, usuario/s, paciente/s	Otra/s persona/s			
1. lo ignoran, como si usted no estuviera allí (lo ningunean)-						
2. le impiden expresarse o hablar.						
3. lo ridiculizan en público.						
4. critican injustamente su trabajo.						
5. lo cargan de tareas inútiles.						
6. sabotean su trabajo, le impiden trabajar correctamente						
7. dejan entender que usted está mentalmente enfermo.						
8. lo agredieron verbalmente.						
9. lo acosaron sexualmente -						
10. lo agredieron físicamente						
11. le hacen bromas hirientes o de mal gusto, se burlan de Ud.						

S.F.2- Ud. piensa que esos comportamientos fueron originados por... (no son excluyentes)	SI	NO	No sabe	No contesta
1. el clima social o la cultura de la organización				
2. las actitudes y comportamientos de un/unos acosadores				
3. al hecho de ser un hombre o una mujer o a su orientación sexual.				
4. su estado de salud o una discapacidad.				
5. su color de piel.				
6. sus orígenes o su nacionalidad.				
7. su ideología política o religiosa.				
8. su edad.				
9. su profesión o por el cargo que Ud., ocupa.				

S.F.4- ¿Usted siente en su trabajo ... (no son excluyentes)	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1. el orgullo del trabajo bien hecho.					
2. la impresión de hacer algo útil para los demás.					
3. el sentimiento de ser explotado.					
4. la impresión de formar parte de un equipo.					

Usted siente que en su trabajo... (no son excluyentes)	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1. debe hacer cosas con las cuales no está de acuerdo					
2. ha tenido que hacer actividades que desaprueba. (por ejemplo ventas compulsivas, mentir, esconder información sobre la calidad del producto o servicio, o despedir personal)					

I.A.1- Qué tipo de relación o contrato de empleo tiene en esta actividad?	
1. Empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente, o titular de la función pública con estabilidad. (Si contesta este punto pasa I.A.3).	
2. Contrato de aprendizaje (Si contesta este punto, pasa I.A.3).	
3. Contratado por una agencia de trabajo temporario o servicios eventuales. (Si contesta este punto pasa I.A.3).	
4. Pasantía remunerada en una empresa o en el sector público. (Si contesta este punto pasa I.A.3).	
5. Empleo debido a un Plan o a una política social. (Si contesta este punto pasa I.A.3).	
6. Otro empleo por tiempo determinado, contrato de corta duración, estacional o por temporada, suplente, etc. (Si contesta este punto pasa I.A.2).	
7. Trabajo sin contrato o con contrato de locación de obra y factura como monotributista o autónomo. (Si contesta este punto pasa I.B.1).	
8. Trabajo a tiempo parcial. (Si contesta este punto pasa I.A.2).	

I.A.2-Cuál es la razón principal por la que Ud. trabaja a tiempo parcial?	
1. Para ejercer otra actividad profesional.	
2. Para seguir estudios o una formación.	

3. Por motivos de salud.	
4. No encontró empleo a tiempo completo.	
5. Para ocuparse de sus hijos.	
6. Para ocuparse de otro miembro de su familia.	
7. Para hacer las tareas del hogar.	
8. Para disponer de tiempo libre.	
9. Por otro motivo.	
10. No sabe.	
11. No contesta.	
I.A.3- ¿Es Ud.?	
1. Aprendiz o practicante rentado.	
2. Personal beneficiario de un plan social.	
3. Personal civil de planta permanente.	
4. Personal civil de planta transitoria.	

Vamos a hablar ahora del futuro de su trabajo

	SI	NO	No sabe	No contesta
I.B.1-Para el año que viene, ¿tiene Ud. algún temor respecto a la continuación de su empleo?				
I.B. 2- Si usted renunciara o fuera despedido de su empleo actual, ¿cree que le sería fácil encontrar un trabajo con un salario o sueldo similar?				
I.B.3- ¿Se siente Ud. capaz de hacer el mismo trabajo que en la actualidad hasta el momento de su jubilación?				
I.B.4- Ud. desea seguir haciendo el trabajo actual hasta jubilarse?				

I.C.1- Durante los últimos 12 meses, ¿su entorno de trabajo ha sufrido grandes modificaciones...(no son excluyentes) (Si en todos los casos la respuesta es No, No sabe, o No Contesta, ir a I.D.1.)	SI	NO	No sabe	No contesta
1. por un cambio en su puesto o en su función?				
2. por un cambio en las técnicas utilizadas?				
3. por una reestructuración o una mudanza del establecimiento, la empresa o la administración donde Ud. trabaja?				
4. por un cambio de la organización del trabajo en el seno del establecimiento?				
5. por un plan de despidos en el establecimiento donde Ud. trabaja?				
6. por una fusión o concentración de empresas o un cambio en el equipo de dirección?				
7. por otra razón?				

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
I.C.2- Ud. piensa que, para su trabajo, estos cambios son más bien positivos.					

	Sí totalmente	Faltó un poco	No faltó
I.C.3- ¿Recibió por anticipado suficiente información antes de producirse estos cambios?			

	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
I.C.4-¿Realizó consultas cuando sucedían estos cambios?					
I.C.5- ¿Tiene la impresión de poder ejercer una influencia sobre la puesta en obra de estos cambios?					

I.D.1. ¿Con que frecuencia vive Ud. las siguientes situaciones dentro de su trabajo...	Siempre	A veces	Nunca	No sabe	No contesta
1- ... Sabe de antemano qué tareas va a tener que hacer el mes siguiente?					
2-...Tiene que soportar cambios imprevisibles o mal preparados?					

Finalizamos la encuesta con la solicitud de algunos datos demográficos y laborales. Le recordamos que sus respuestas serán tratadas en forma confidencial.

DATOS SOBRE LA ORGANIZACIÓN EN LA QUE TRABAJA

ELIJA UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS O AFIRMACIONES. RECUERDE MARCAR CON X.

ORG. 1- Usted trabaja en una organización de tipo:

1- Público.	
2- Privado.	
3- Tercer Sector, ej. cooperativas, ONGs, asociaciones de voluntariado, fundaciones, etc.	

ORG. 2- La organización donde trabaja cuenta con:

1- hasta 10 trabajadores.	
2- de 11 a 49 trabajadores.	
3- de 50 a 299 trabajadores.	
4- 300 o más trabajadores	

ORG. 3- En su trabajo, ¿qué tipo de posición ocupa?

(Esta puede ser adaptada a cada organización encuestada)

1- Administrativa.	
2- Operativa (operario, obrero, incluido maestranza).	
3- Profesional o Técnico especializado.	
4- Docente o investigador	
5- De coordinación (responsables de áreas, sectores, divisiones, secciones, equipo).	
6- Directivo (Juez, Fiscal, Defensores, Asesor de Incapaces, Directores de Área, responsables de dependencias, de organizaciones).	

ORG. 4- ¿Cuál es el nombre o código de su puesto o cargo según convenio o estatuto?

Cargo o Puesto:		
ORG. 5- ¿En qué área, sector o departamento realiza las tareas?		
ORG.6.- Usted tiene actualmente otro trabajo o empleo?	SI	NO

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Le pedimos contestar las preguntas siguientes *señalando con una X sin omitir ninguna.*

SEXO	
1. Masculino	
2. Femenino	

NACIONALIDAD	
1. Argentina	
2. Otra ¿Cuál?	

EDAD	
1. 16 a 25 años	
2. 26 a 34 años	
3. 35 a 44 años	
4. 45 a 54 años	
5. 55 años o más	

NIVEL DE ESTUDIOS	
1. Primaria Incompleta (incluye educación especial).	
2. Primaria Completa.	
3. Secundaria Incompleta.	
4. Secundaria Completa.	
5. Superior Universitaria Incompleta.	
6. Superior Universitaria Completa.	
7. Sin instrucción.	
8. No sabe.	
9. No contesta.	

PARTICIPACIÓN SINDICAL	Si	No	No contesta
¿Usted es o ha sido dirigente, delegado o militante sindical?			

SITUACION SOCIO-FAMILIAR		
UD VIVE...	SI	NO
1. Solo.		
2. Con su esposo/a ó pareja.		
3. Con su esposo/a ó pareja e hijos.		

4. Con sus hijos.		
5. Con otros familiares.		
6. Con amigos o con terceras personas.		

HIJOS	SI	NO
Tiene usted hijos y en ese caso, ¿Cuántos?		

	Total	Mediana	Trabajo para mis gastos
¿Cuál es la responsabilidad por el sustento de la familia?			

	SI	NO	A veces	No sabe	No contesta
¿Se ocupa Ud. regularmente de una persona enferma, mayor o discapacitada, dentro o fuera de su hogar, sin ser remunerado por ello?					

Ciudad de residencia..... Provincia..... Código postal.....

Observaciones

Muchas gracias

Apellido y nombre del encuestador

Correo electrónico

Teléfonos