

## ENCUESTA SOBRE BIENESTAR PSICOLÓGICO EN EL ENTORNO LABORAL

¿Cómo calificarías tu Bienestar Psicológico?

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> EXCELENTE | <input type="checkbox"/> POBRE           |
| <input type="checkbox"/> BUENA     | <input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURO |
| <input type="checkbox"/> NORMAL    |  |

En las últimas 4 semanas, ¿has tenido algún problema en tu trabajo o vida personal ocasionado por tu situación psicológica?

- SÍ
- NO
- NO LO SÉ

¿Te has sentido particularmente bajo o deprimido durante más de 2 semanas seguidas?

- |                             |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> EN OCASIONES |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> APENAS       |

En las últimas 4 semanas, ¿ha afectado tu psicología a tus relaciones personales?

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIEMPRE          | <input type="checkbox"/> APENAS |
| <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO | <input type="checkbox"/> NUNCA  |

¿Cada cuánto tiempo te sientes de las siguientes maneras?

	NUNCA	A VECES	DE VEZ EN CUANDO	SIEMPRE
TRANQUILO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENÉRGICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRISTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFADADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tu salud te limita a la hora de hacer actividades diarias?

	MUY POCO	POCO	NADA
ACT. FÍSICA SUAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACT, FÍSICA MODERADA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACT. FÍSICA FUERTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas horas duermes al día?

- MENOS DE 4                       ENTRE 7 Y 9  
 ENTRE 4 Y 6                       MÁS DE 9

¿Cómo calificarías tu calidad del sueño?

- MUY MALA                       BUENA  
 MALA                               MUY BUENA  
 NORMAL

¿Cuántas veces te sientes optimista ante la vida?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NUNCA            | <input type="checkbox"/> SIEMPRE      |
| <input type="checkbox"/> POCO             | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> DE VEZ EN CUANDO |                                       |

¿Cuándo fue la última vez que se realizaste un examen de bienestar psicológico?

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MENOS DE 6 MESES | <input type="checkbox"/> MÁS DE 1 AÑO |
| <input type="checkbox"/> MÁS DE 6 MESES   | <input type="checkbox"/> NUNCA        |

En el último año, ¿te has sentido más estresado de lo normal a causa del teletrabajo?

- |                             |                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE |
| <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> EN OCASIONES |

Género

- HOMBRE
- MUJER
- PREFIERO NO DECIRLO

Edad

- 18-25
- 25-40
- MÁS DE 40