

# FACTORES QUE ESTRESAN A CONDUCTORES DE TRANSPORTE PÚBLICO COLECTIVO URBANO EN TUNJA

El fin del presente cuestionario es conocer los estresores y el nivel que estos tienen en los conductores del transporte público colectivo urbano (TPCU). Este estudio se realiza como trabajo para optar al título de Ingeniero en Transporte y Vías de la UPTC.

La participación en esta encuesta es voluntaria y la información esta sujeta a la política de tratamiento y protección de datos personales de los titulares de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, establecida mediante la resolución No.3842 de 2013 disponible en:

[http://www.uptc.edu.co/gel/habeas\\_data/](http://www.uptc.edu.co/gel/habeas_data/).

La duración promedio de la aplicación de la encuesta esta entre 8 y 9 min. Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el presente estudio.

---

**\*Obligatorio**

1. ¿Acepta responder la encuesta?

*Selecciona todos los que correspondan.*

Si

No

## Caracterización sociodemográfica

2. ¿Cuál es su edad (años)? \*

---

3. ¿Cuál es su sexo? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Hombre
- Mujer
- No binario

4. ¿Cuál es su estado civil? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Soltero
- Casado o Union Libre

5. ¿Cuál es su más alto grado de escolaridad terminado? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Sin estudio
- Educación básica primaria
- Bachiller
- Técnico o Tecnólogo
- Profesional
- Posgrado

6. ¿Cuál es el estrato socioeconómico de su residencia? \*

Marca solo un óvalo.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Ns/Nr

7. ¿En que tipo de vivienda reside? \*

Marca solo un óvalo.

- Propia pagada
- Propia con deuda
- Familiar
- En arriendo

8. ¿Cuántas personas dependen económicamente de usted? \*

---

9. ¿Usted tiene otra ocupación? \*

---

10. ¿Cuántos años de experiencia tiene usted conduciendo vehículo? \*

---

11. ¿Cuántos años de experiencia tiene usted como conductor de Transporte público colectivo urbano? \*
- 

12. ¿El vehículo que usted conduce es propio? \*

*Marca solo un óvalo.*

Si

No

**CUESTIONARIO  
PARA LA  
EVALUACIÓN DEL  
ESTRÉS**

En un día normal de trabajo indique con qué frecuencia usted presenta los siguientes síntomas:

13. \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
<b>Dolores en el cuello y espalda o tensión muscular.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas gastrointestinales, úlcera péptica, acidez, problemas digestivos o del colon.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas respiratorios.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dolor de cabeza.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trastornos del sueño como somnolencia durante el día o desvelo en la noche.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Palpitaciones en el pecho o problemas cardíacos.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cambios fuertes del apetito.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas relacionados con la función de los órganos genitales (impotencia, frigidez).</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Dificultad en las relaciones familiares.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

<b>Dificultad para permanecer quieto o dificultad para iniciar actividades.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Dificultad en las relaciones con otras personas.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Sensación de aislamiento y desinterés.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Sentimiento de sobrecarga de trabajo.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Aumento en el número de accidentes de trabajo .</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Sentimiento de frustración, de no haber hecho lo que se quería en la vida.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Cansancio, tedio o desgano.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Disminución del rendimiento en el trabajo. o poca creatividad</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Deseo de no asistir al trabajo.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---

<b>Bajo compromiso o</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**poco interés con lo  
que se hace.**

---

**Dificultad para  
tomar decisiones.**

---

**Deseo de cambiar  
de empleo.**

---

**Sentimiento de  
soledad y miedo.**

---

**Sentimiento de  
irritabilidad,  
actitudes y  
pensamientos  
negativos.**

---

**Sentimiento de  
angustia,  
preocupación o  
tristeza.**

---

**Consumo de  
drogas para aliviar  
la tensión o los  
nervios.**

---

**Sentimientos de  
que "no vale nada",  
o "no sirve para  
nada".**

---

**Consumo de  
bebidas alcohólicas  
o café o cigarrillo.**

---

**Sentimiento de que  
está perdiendo la  
razón.**

---

**Comportamientos  
rígidos, obstinación  
o terquedad.**

---

**Sensación de no poder manejar los problemas de la vida.**

---

*Salta a la pregunta 14*

**EVENTOS ESTRESANTES**

Para las siguientes situaciones identifique cuales de ellas le causan estrés y en que nivel lo percibe.



14.

\*

La premisa del cuestionario será "a usted le genera estrés y en que nivel"

*Selecciona todos los que correspondan.*

	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	Alto	Medio	Bajo
¿Cuándo lleva un largo tiempo detenido y no encuentra el momento adecuado para salir (por un pare, un trancón, obras en las vías, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La ruta asignada por la unión temporal Mi Ruta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo ve un agente de control (tránsito, policía o de la unión temporal)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo escucha los sonidos de los motores y bocinas de los demás vehículos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuándo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**otros  
vehículos  
realizan  
maniobras  
imprudentes  
o agresivas?**

---

**¿Cuándo no  
puede  
cumplir con el  
tiempo  
asignado  
para  
completar la  
ruta?**

---

**¿El sensor  
utilizado para  
el conteo de  
pasajeros?**

---

**¿Cuándo  
tiene que  
conducir por  
una vía en  
mal estado?**

---

**¿Cuándo se  
cruzan de  
forma  
imprudente  
los peatones  
o  
semovientes?**

---

**¿La  
frecuencia  
con la que los  
usuarios  
realizan  
paradas  
(descenso y  
ascenso)?**

---

**¿Cuándo los usuarios le pagan con un billete de alta denominación, al bajar y subir del vehículo?**

---

15. ¿Considera usted que hay algún otro factor que le genere un alto grado de estrés?
- 

16. ¿En promedio cuanto son sus ingresos mensuales?

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Menos de \$1.000.000
- Entre 1.000.000-2.000.000
- Entre 2.000.000-3.000.000
- Más de 3.000.000

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

---

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

**Google** Formularios