

Fecha de aplicación:

04

02

2026

dd

mm

aaaa

Número de Identificación  
del respondiente (ID):

95700639

## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTRÉS TERCERA VERSIÓN



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá



### 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.

| Malestares   | 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       |       |
| 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            |         |       |