## Guía de Referencia I

## CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR A LOS TRABAJADORES QUE FUERON SUJETOS A

## ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS SEVEROS

Marque una “X” a la respuesta que se le indica

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sección / Pregunta** | **Respuesta** | |
| **SÍ** | **No** |
| **I.- Acontecimiento traumático severo** |  | |
| ¿Ha presenciado o sufrido alguna vez, durante o con motivo del trabajo un acontecimiento como los siguientes: |  |  |
| * Accidente que tenga como consecuencia la muerte, la pérdida de un miembro o una lesión grave ? * Asaltos ? * Actos violentos que derivaron en lesiones graves ? * Secuestro? * Amenazas?, o * Cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas? |  |  |
|  | | |
| **II.- Recuerdos persistentes sobre el acontecimiento (durante el último mes):** |  |  |
| ¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares? |  |  |
| ¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar? |  |  |
|  | | |
| **III.- Esfuerzo por evitar circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento (durante el último mes):** | | |
| ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento? |  |  |
| ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento? |  |  |
| ¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento? |  |  |
| ¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas? |  |  |
| ¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás? |  |  |
| ¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos? |  |  |
| ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar, que va a morir antes que otras personas o que tiene un futuro limitado? |  |  |
|  | | |
| **IV Afectación (durante el último mes):** | | |
| ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? |  |  |
| ¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje? |  |  |
| ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? |  |  |
| ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? |  |  |
| ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? |  |  |

**GR.I** El cuestionario deberá aplicarse conforme a lo siguiente:

1. Si todas las respuestas a la ***Sección I*** ***Acontecimiento traumático severo***, son “NO”, no es necesario responder las demás secciones, y el trabajador no requiere una valoración clínica, y
2. En caso contrario, si alguna respuesta a la ***Sección I*** es “SÍ”, se requiere contestar las secciones: ***II Recuerdos persistentes sobre el acontecimiento***, ***III Esfuerzo por evitar circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento*** y ***IV Afectación,*** el trabajador requerirá atención clínica en cualquiera de los casos siguientes:
   1. Cuando responda “Sí”, en alguna de las preguntas de la Sección ***II Recuerdos persistentes sobre acontecimiento;***
   2. Cuando responda “Sí”, en tres o más de las preguntas de la Sección ***III Esfuerzo por evitar circunstancias parecidas o asociadas al acontecimiento, o***
   3. Cuando responda “Sí”, en dos o más de las preguntas de la Sección ***IV Afectación.* Guía de Referencia II**