

CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR A LOS TRABAJADORES QUE FUERON SUJETOS A ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS SEVEROS

El contenido de esta guía es un complemento para la mejor comprensión de la presente Norma y no es de cumplimiento obligatorio.

Centro de trabajo: _____

Nombre del trabajador: _____ Fecha: _____

Marque una "X" a la respuesta que se le indica

I.- Acontecimiento traumático severo	Sí	No
¿Ha presenciado o sufrido alguna vez, durante o con motivo del trabajo un acontecimiento como los siguientes:		
1. Accidente que tenga como consecuencia la muerte, la pérdida de un miembro o una lesión grave?	☐	☐
2. Asaltos?	☐	☐
3. Actos violentos que derivaron en lesiones graves?	☐	☐
4. Secuestro?	☐	☐
5. Amenazas?, o	☐	☐
6. 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):	Sí	No
1. ¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?	☐	☐
2. ¿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):	Sí	No
1. ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento?	☐	☐
2. ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?	☐	☐
3. ¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?	☐	☐
4. ¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?	☐	☐
5. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?	☐	☐
6. ¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?	☐	☐
7. ¿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):	Sí	No
1. ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	☐	☐
2. ¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje?	☐	☐
3. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	☐	☐
4. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	☐	☐
5. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	☐	☐

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

- a) 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
- b) 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.