

Guía de Referencia I

EJEMPLO DE 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**.

En esta guía, se presenta un ejemplo de cuestionario que permite identificar a los trabajadores que han sido sujetos a acontecimientos traumáticos severos y que requieren valoración clínica.

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? | | |