

# GUÍA DE REFERENCIA I. CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR A LAS PERSONAS TRABAJADORAS QUE FUERON SUJETAS A ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS SEVEROS

Marca con una “X” la respuesta que consideras que aplica a tu situación.

## SECCIÓN I. ACONTECIMIENTO TRAUMÁTICO SEVERO

1. ¿Ha presentado o sufrido alguna vez, durante o con motivo del trabajo un acontecimiento como los siguientes:
  - a. Accidente que tenga como consecuencia la muerte, la pérdida de un miembro o una lesión grave?
  - b. Asaltos?
  - c. Actos violentos que derivaron en lesiones graves?
  - d. Secuestro?
  - e. Amenazas?, o
  - f. Cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas?

SÍ ( )

NO ( )

Si tu respuesta es “Sí”, responde las secciones II, III y IV.

## SECCIÓN II. RECUERDOS PERSISTENTES SOBRE EL ACONTECIMIENTO (DURANTE EL ÚLTIMO MES)

1. ¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?

SÍ ( )

NO ( )

2. ¿Ha tenido sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que le producen malestar?

SÍ ( )

NO ( )

Si **alguna** de tu respuesta es “Sí”, informa por escrito al patrón directamente, a través de los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo o de la comisión de seguridad e higiene; haber presenciado o sufrido un acontecimiento traumático severo. El escrito deberá contener al menos: la fecha de elaboración; el nombre del trabajador que elabora el escrito; en su caso, el nombre de los trabajadores involucrados; la fecha de ocurrencia, y la descripción del(los) acontecimiento(s).

## SECCIÓN III. ESFUERZO POR EVITAR CIRCUNSTANCIAS PARECIDAS O ASOCIADAS AL ACONTECIMIENTO (DURANTE EL ÚLTIMO MES)

1. ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento?

SÍ ( )

NO ( )

2. ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del acontecimiento?

SÍ ( )

NO ( )

3. ¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?



SÍ ( )                      NO ( )

4. ¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?

SÍ ( )                      NO ( )

5. ¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?

SÍ ( )                      NO ( )

6. ¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?

SÍ ( )                      NO ( )

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?

SÍ ( )                      NO ( )

*Si tres o más de tus respuestas son "Sí", informa por escrito al patrón directamente, a través de los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo o de la comisión de seguridad e higiene; haber presenciado o sufrido un acontecimiento traumático severo. El escrito deberá contener al menos: la fecha de elaboración; el nombre del trabajador que elabora el escrito; en su caso, el nombre de los trabajadores involucrados; la fecha de ocurrencia, y la descripción del(los) acontecimiento(s).*

#### **SECCIÓN IV. AFECTACIÓN (DURANTE EL ÚLTIMO MES)**

1. ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?

SÍ ( )                      NO ( )

2. ¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje?

SÍ ( )                      NO ( )

3. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?

SÍ ( )                      NO ( )

4. ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?

SÍ ( )                      NO ( )

5. ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?

SÍ ( )                      NO ( )

*Si dos o más de tus respuestas son "Sí", informa por escrito al patrón directamente, a través de los servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo o de la comisión de seguridad e higiene; haber presenciado o sufrido un acontecimiento traumático severo. El escrito deberá contener al menos: la fecha de elaboración; el nombre del trabajador que elabora el escrito; en su caso, el nombre de los trabajadores involucrados; la fecha de ocurrencia, y la descripción del(los) acontecimiento(s).*

