



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

CÓDIGO

PRH-01/F-11

REVISIÓN

01

EMISIÓN

25.ENE.24

NOMBRE:

ÁREA:

PUESTO:

FECHA:

Marca con una "X" la casilla que consideres como respuesta a cada cuestión

I. Acontecimiento traumático severo

CONCEPTO	SI	NO
1. ¿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?		
*¿Cualquier otro que ponga en riesgo su vida o salud, y/o la de otras personas?		

En caso de no haber presenciado un acontecimiento traumático severo o haber respondido a las anteriores preguntas "NO", por favor pause la ejecución de este cuestionario, ya que las preguntas subsiguientes no son aplicables a su situación.

II. Recuerdos persistentes sobre el acontecimiento (durante el último mes):

CONCEPTO	SI	NO
2.1 ¿Ha tenido recuerdos recurrentes sobre el acontecimiento que le provocan malestares?		
2.2 ¿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)

CONCEPTO	SI	NO
3.1 ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de sentimientos, conversaciones o situaciones que le puedan recordar el acontecimiento?		
3.2 ¿Se ha esforzado por evitar todo tipo de actividades, lugares o personas que motiven recuerdos del acontecimiento?		
3.3 ¿Ha tenido dificultad para recordar alguna parte importante del evento?		
3.4 ¿Ha disminuido su interés en sus actividades cotidianas?		
3.5 ¿Se ha sentido usted alejado o distante de los demás?		
3.6 ¿Ha notado que tiene dificultad para expresar sus sentimientos?		
3.7 ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar, que va morir antes que otras personas o que tiene un futuro limitado?		

IV Afectación (durante el último mes)

CONCEPTO	SI	NO
4.1 ¿Ha tenido usted dificultades para dormir?		
4.2 ¿Ha estado particularmente irritable o le han dado arranques de coraje?		
4.3 ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?		
4.4 ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?		
4.5 ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?		