Guía de referencia I. Eventos traumáticos severos. Se aplica en todos los centros de trabajo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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? |  |  |
| **NOTA: si todas las respuestas de la sección I son “No”, el cuestionario ha terminado** | | |
| 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? |  |  |

**A. Perfil**

**En esta sección se registran datos descriptivos de tu perfil para fines estadísticos**

**A1. Género:** 1. Masculino 2. Femenino

**A2. Edad:** 1. Hasta 19 2. 20 a 29 2. 30 a 39 3. 40 a 49 4. Más de 50

**A3. Antigüedad en la empresa:**

1. <6 meses 2. Más de 6 meses a 1 año 3. Más de 1 año a 3 años

4. Más de 3 años a 5 años 5. Más de 5 años a 10 años 6. Más de 10 años

**A4. ¿A cuál de las siguientes áreas se asemeja más el trabajo que realizas?:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Compras | 6. Operaciones | 11. Almacén en general |
| 2. Ventas | 7. Producción | 12. Mercadotecnia |
| 3. Administración | 8. Logística, reparto, transporte | 13. Servicio al cliente |
| 4. Recursos Humanos | 9. Almacén materia prima | 14. Sistemas |
| 5. Dirección General | 10. Almacén producto terminado | 15. Otro |

**A5. Nivel organizacional que ocupas:**

1. Sin personal a mi cargo 2. Jefatura, coordinación

3. Gerencia, subdirección 4. Dirección, consejero, socio, propietario

Área o departamento en donde labora\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del colaborador quién contesta este formulario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sus respuestas permanecerán confidenciales en el área de recursos humanos y serán tratadas con fines estadísticos para reducir los riesgos psicosociales.

**Gracias por contestar**