**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? |   |   |

**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.***

Fuente: <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018>

|  |
| --- |
| **DOF: 23/10/2018** |
| **NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención** |