

Índice de riesgo de Colonia (CRI-D)

para los supervivientes y sus allegados en casos de catástrofes

Código: _____

Fecha: _____

Preguntas Generales

A.	Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> m
B.	Estado Civil	<input type="checkbox"/> soltera/o, sin relación estable	<input type="checkbox"/> casada/o con relación estable	<input type="checkbox"/> divorciado/ o viviendo separado
C.	¿Tiene Hijos?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	cuantos:
		Número de hijos que viven en casa: Edad (separe los datos con una coma):		
D.	¿Tiene Hermanos?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	cuantos:
		Edad (separe los datos con una coma)		
E.	Nivel educativo	<input type="checkbox"/> sin diploma	<input type="checkbox"/> Enseñanza general básica E.G.B.	<input type="checkbox"/> Secundaria
E.	Formación profesional	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> Aprendiz	<input type="checkbox"/> estudios terminados
F.	Su última ocupación profesional	<input type="checkbox"/> ocupación no cualificada	<input type="checkbox"/> ocupación cualificada	<input type="checkbox"/> empleado/r
		<input type="checkbox"/> Autónomo/a	<input type="checkbox"/> estudiante	<input type="checkbox"/> ama de casa
G.	Ocupación Profesional Actual	<input type="checkbox"/> ocupación no cualificada	<input type="checkbox"/> ocupación cualificada	<input type="checkbox"/> empleado/r
		<input type="checkbox"/> autónoma/o	<input type="checkbox"/> estudiante	<input type="checkbox"/> ama de casa
		<input type="checkbox"/> paro	<input type="checkbox"/> incapacidad laboral	<input type="checkbox"/> otros
H.	Domicilio:	<input type="checkbox"/> apartamento/ casa alquilada	<input type="checkbox"/> casa propia/apartamento propio	<input type="checkbox"/> Ciudad
				<input type="checkbox"/> Campo
				<input type="checkbox"/> Solo
				<input type="checkbox"/> Piso compartido
				<input type="checkbox"/> Familia/ pareja
				<input type="checkbox"/> Padres
I.	¿Usted ha estado en tratamiento psiquiátrico antes?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Sí	entonces:
				<input type="checkbox"/> 1 Vez
				<input type="checkbox"/> 2-3 veces
				<input type="checkbox"/> 4-6 veces
				<input type="checkbox"/> 7- 10 veces
				<input type="checkbox"/> más de 10 veces
				La primera intervención ha tenido lugar hace _____ meses
				La última intervención ha tenido lugar hace _____ meses.
J.	¿Ha estado con anterioridad en tratamiento psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	entonces:
				<input type="checkbox"/> hasta 50 sesiones
				<input type="checkbox"/> hasta 80 sesiones
				<input type="checkbox"/> más de 80 sesiones
				La terapia ha tenido lugar hace_ meses.
K.	¿Hay enfermedades psiquiátricas en la familia?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
L.	¿Se siente usted discriminado por la sociedad por pertenecer a un grupo? (por ejemplo creencias religiosas, color de la piel, nacionalidad) ?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	

Las preguntas siguientes se refieren al periodo justo antes de la catástrofe

1.	<p>¿Antes de la catástrofe, ha tenido momentos de estrés por otras circunstancias de su vida (p.e.a nivel familiar, a nivel económico, etc)?</p> <p>↳ entonces:</p> <p><input type="checkbox"/> El estrés tuvo lugar hace más de un año antes de la catástrofe</p> <p><input type="checkbox"/> El estrés tuvo lugar poco antes de la catástrofe</p> <p><input type="checkbox"/> El estrés es permanente y duradero</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	¿Después de la catástrofe hubo un cambio respecto a (se vieron deterioradas) sus relaciones sociales más importantes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	¿Se sentía restringido en sus condiciones de vida habituales después de la catástrofe (p.e. vivienda pequeña, vida en una zona marginal, vivir sin electricidad)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	¿Ha notado en su entorno social reacciones negativas como el desinterés, la falta de comprensión, la curiosidad exagerada o morbosa, la inculpación a la víctima o humillación, después de contar la experiencia vivida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	<p>¿Ha tenido malas experiencias con instituciones?</p> <p>↳ entonces:</p> <p><input type="checkbox"/> Guardia civil</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de socorro</p> <p><input type="checkbox"/> Medicos/Hospitales</p> <p><input type="checkbox"/> Autoridades</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	¿Tenía su familia, sus amigos, sus conocidos, menos comprensión de la esperada hacia su situación?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	¿Posteriormente al acontecimiento,? ha recibido menos apoyo del que esperaba de sus superiores (jefe)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8.	¿Le cuesta hablar abiertamente de las consecuencias que ha tenido la catástrofe para su vida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Las siguientes preguntas se refieren directamente a la catástrofe

9.	¿Cuándo y dónde tuvo lugar el atentado?	Mes/ Año: Lugar: _____
10.	¿Cómo evalúa personalmente el nivel de estrés (la carga) producido por el acontecimiento? Nivel de estrés: extremo (2) fuerte (2) más bien fuerte (1) más bien débil (1) débil (0)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	¿Cuando asumió la noticia de la catástrofe, ha experimentado alguna de las vivencias poco habituales siguientes?	
	a) Cómo si usted no formara parte de lo que pasaba alrededor suyo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	b) actuaba automáticamente (pe. Gritando) sin que lo hubiera decidido conscientemente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	c) La percepción del tiempo estaba alterada, pe. muy rápido o muy lento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	d) tenía una sensación de irrealidad (cómo dentro de una película o un sueño)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	e) Estaba confuso y o desorientado respecto al tiempo y al espacio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	f) No tenía noción de su propio cuerpo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	g) Era como si flotara por encima de lo que estaba pasando	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	h) Sólo tiene recuerdos fragmentarios incompletos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	i) Su vista ha sido reducida lateralmente, como si estuviera en un túnel	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	j) Otras formas de percepción alteradas/otras vivencias extraordinarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

12.	Cuales fueron las particularidades de la experiencia?	
	a) ¿ El suceso estresante ocurrió de una manera completamente sorprendente e inesperada??	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	b) ¿ Pasó más de media hora hasta que estuvo a salvo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	c) ¿ Sintieron amenazada su vida y su integridad física de forma subjetiva?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	d) ¿ Presenciaron el peligro y la amenaza en otras personas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	e) ¿ Fué herido gravemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	f) ¿ Padecerá secuelas físicas permanentes (cicatrices, movimiento limitado, incapacidad para el trabajo)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	g) ¿ Observaron heridas graves en otras personas? ↳ entonces: <input type="checkbox"/> desconocido/a <input type="checkbox"/> Desconocido: Niño(s), Mujer(es), Personas mayores <input type="checkbox"/> Conocidos <input type="checkbox"/> Amigo muy cercano <input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

h) ¿ Ha fallecido una o más personas? ↳ entonces: <input type="checkbox"/> desconocido/a <input type="checkbox"/> Desconocido: Niño(s), Mujer(es), Personas mayores <input type="checkbox"/> Conocidos <input type="checkbox"/> Amigo muy cercano <input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
i) ¿ En el caso de fallecimientos, han identificado a todos los cadáveres?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no se
j) ¿ Ha sido expuesto a la visión de un persona gravemente herida o fallecida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
k) ¿ Ha perdido sus pertenencias (p.e casa, piso, muebles, coche, ropa etc)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
n) ¿ Ha sufrido grandes pérdidas materiales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

13. ¿Antes de la catástrofe ha vivido otras experiencias vitales fuertemente estresantes?	
a) Amenaza/ Asalto con un arma (por ejemplo un atraco)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
b) Experiencia de violencia física (por ejemplo una pelea)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
c) Violación, abuso sexual	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
d) Accidente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
e) Muerte precoz o súbita de personas cercanas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
f) Irrupción en el domicilio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
g) Otras experiencias antecedentes duras	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Las preguntas siguientes se refieren a la manera en que trataban los medios informativos y el gobierno la catástrofe		
14.	a) ¿ Me siento informado insuficientemente por los medios?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	b) ¿ me siento molestado inutilmente a través de la información que me recuerda el suceso?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	c) ¿ Creo que la catástrofe se podría haber evitado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	e) ¿ Hago responsables a los políticos por el ataque y creo que estos han fracasado	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	f) Me siento apoyado por el gobierno, también en el aspecto financiero	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	h) ¿Puede entender la motivacion de los autores del atentado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

IFINALMENTE LE PEDIMOS DESCRIBIR CON SUS PROPIAS PALABRAS LO QUE LES PARECIÓ MAS IMPORTANTE EN SU EXPERIENCIA

1. **¿ Qué momento recuerda con más intensidad?**

2. **¿ Cual fue su experiencia más dura, en el transcurrir del suceso?**

3. **¿ Que experiencias posteriores a la catástrofe ha vivido como positivas?**

4. **¿ Que experiencias han supuesto una carga adicional tras la catástrofe?**

5. **¿ Han recibido ayuda terapeutica? ¿Le ha sido útil??**

6. **¿ Que le ha resultado de utilidad tras la catástrofe para asimilar sus experiencias??**

7. **¿ Qué tipo de ayuda le hubiese gustado obtener, qué otras cosas más le hubieran ayudado?**

8. **¿ Ha cambiado la imagen que tenía de sí mismo desde la catástrofe?**

9. **¿ Cómo vive su entorno desde la catástrofe?**

10. **¿ Qué más le parece importante contar?**