

Mapeo Global en Psicotrauma (MGP)

Número de Identificación del Participante

Género

Femenino Masculino Otro

Edad (años)

A veces a las personas les suceden cosas que son inusuales o son especialmente espantosas, horribles, o traumáticas.

Describa brevemente el evento o experiencia que actualmente le afecta más:

.....

Este evento sucedió: el último mes hace 6 meses el último año hace más tiempo

Este evento:

- fue un único evento y ocurrió a los de edad
 ocurrió en un período más largo/varias veces, entre y edad

Cuál de las siguientes situaciones caracteriza el evento (es posible más de una respuesta)

- Violencia física: a sí mismo sucedió a otra persona
Violencia sexual: a sí mismo sucedió a otra persona
Abuso emocional: a sí mismo sucedió a otra persona
Lesión seria: a sí mismo sucedió a otra persona
Riesgo vital: a sí mismo sucedió a otra persona
- Muerte inesperada de un ser querido
 Usted dañó a alguien
 Coronavirus (COVID-19)

Considerando los anteriores eventos, en el último mes, usted ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ... ha tenido pesadillas sobre el/los evento(s) traumático(s) que experimentó en el pasado, o pensado sobre el/los evento(s) sin quererlo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. ... se ha esforzado por no pensar sobre el/los evento(s) traumático(s) pasados o ha cambiado recorridos habituales para evitar situaciones que le recordaran el/los evento(s)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. ... se ha sentido constantemente en guardia, hipervigilante, o fácilmente sobresaltado? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. ... se ha sentido distante, o desconectado de otras personas, actividades, o su entorno? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. ... se ha sentido culpable o no ha podido dejar de culparse o culpar a otros por el/los evento(s) traumático(s) pasado(s), o por algún problema que el/los evento(s) causó (causaron)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. ... ha sentido que no vale? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. ... ha experimentado ataques de ira que no pudo controlar? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 8. ... se ha sentido nervioso, ansioso, o tenso? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. ... se ha sentido incapaz de detener o controlar sus preocupaciones? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 10. ... se ha sentido desanimado, depresivo, o desesperanzado? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 11. ... ha experimentado poco interés o placer al hacer cosas? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

12.	... ha tenido algunos problemas para conciliar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
13.	... ha intentado intencionalmente hacerse daño o autolesionarse?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
14.	... ha percibido o experimentado el mundo u otras personas de manera diferente, como si las cosas parecieran un sueño, extrañas o irreales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
15.	... se ha sentido desconectado o separado de su cuerpo (por ejemplo, sentir como si se observara usted mismo desde arriba, o como si fuera un observador externo de su cuerpo)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
16.	... ha tenido algún problema físico, emocional o social que le ha preocupado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
17.	... ha experimentado otros eventos estresantes (como problemas financieros, cambios de trabajo, mudanza, crisis interpersonales en el trabajo o en la vida privada)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
18.	... ha intentado reducir tensión usando alcohol, tabaco, drogas o medicación?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
19.	... ha perdido personas de apoyo cercanas con las que podía contar con ayuda en tiempos difíciles (como apoyo emocional, cuidado a los niños o mascotas, visitas al hospital o ayudas en la compra en tiendas, ayuda estando enfermo)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
20.	¿Experimentó, durante su juventud (0-18 años), algún evento traumático (p.ej., un grave accidente o incendio, ataques físicos o sexuales o abuso, un desastre, haber visto a alguien ser asesinado o seriamente herido, o que alguien querido muera)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
21.	¿Ha recibido alguna vez un diagnóstico psiquiátrico o ha sido tratado por algún problema psicológico (por ejemplo depresión, ansiedad o un trastorno de la personalidad)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
22.	¿Se considera generalmente una persona resiliente o fuerte frente a las adversidades?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
23.	¿Cómo calificaría su funcionamiento actual (en el trabajo / hogar)?											
	Malo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente