

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 ha...

1. ... tenido pesadillas sobre el/los evento(s) traumático(s) que experimentaste en el pasado, o pensado sobre el/los evento(s) sin quererlo? No Sí

2. ... esforzado por no pensar sobre el/los evento(s) traumático(s) pasados o cambiado el recorrido para evitar situaciones que te recordaran el/los evento(s)? No Sí

3. ... sentido constantemente en guardia, hipervigilante, o fácilmente sobresaltado? No Sí

4. ... sentido distante, o desconectado de otras personas, actividades, o tu entorno? No Sí

5. ... sentido culpable o no has podido dejar de culparte o culpar a otros por el/los evento(s) traumático(s) pasado(s), o algún problema que el/los evento(s) causó (causaron)? No Sí

6. ... sentido que no vales? No Sí

7. ... experimentado arrebatos de enojo que no pudiste controlar? No Sí

8. ... sentido nervioso, ansioso, o tenso? No Sí

9. ... sentido incapaz de detener o controlar preocupaciones? No Sí

10. ... sentido caído, depresivo, o desesperanzado? No Sí

11. ... experimentado poco interés o placer al hacer cosas? No Sí

12.	... tenido algunos problemas para conciliar o mantener el sueño?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
13.	... intentado intencionalmente lastimarte o autolesionarte?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
14.	... percibido o experimentado el mundo u otras personas de manera diferente, como si las cosas parecieran ensoñadas, extrañas o irreales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
15.	... sentido desconectado o separado de tu cuerpo (por ejemplo, sentir como si te observarás a vos/ti mismo desde arriba, o como si fueras un observador externo de tu cuerpo)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
16.	... tenido algún problema físico, emocional o social que te ha preocupado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
17.	... 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.	... intentado reducir tensión usando alcohol, tabaco, drogas o medicación?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
19.	... perdido personas de apoyo cercana con las que podías contar con ayuda en tiempos difíciles (como apoyo emocional, cuidado a los niños o mascotas, viajes al hospital o tienda, ayuda cuando te enfermás/enfermas)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
20.	¿Durante tu juventud (0-18 años), has experimentado algún evento traumático en tu vida (p.ej., un serio accidente o incendio, ataque físico o sexual 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.	¿Has recibido alguna vez un diagnóstico psiquiátrico o has 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.	¿Te considerás/consideras generalmente como una persona resiliente?	<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