

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.

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? | ☐ No | ☐ 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)? | ☐ No | ☐ Sí |
| 3. | ... se ha sentido constantemente en guardia, hipervigilante, o fácilmente sobresaltado? | ☐ No | ☐ Sí |
| 4. | ... se ha sentido distante, o desconectado de otras personas, actividades, o su entorno? | ☐ No | ☐ 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)? | ☐ No | ☐ Sí |
| 6. | ... ha sentido que no vale? | ☐ No | ☐ Sí |
| 7. | ... ha experimentado ataques de ira que no pudo controlar? | ☐ No | ☐ Sí |
| 8. | ... se ha sentido nervioso, ansioso, o tenso? | ☐ No | ☐ Sí |
| 9. | ... se ha sentido incapaz de detener o controlar sus preocupaciones? | ☐ No | ☐ Sí |
| 10. | ... se ha sentido desanimado, depresivo, o desesperanzado? | ☐ No | ☐ Sí |
| 11. | ... ha experimentado poco interés o placer al hacer cosas? | ☐ No | ☐ Sí |
| 12. | ... ha tenido algunos problemas para conciliar o mantener el sueño? | ☐ No | ☐ Sí |
| 13. | ... ha intentado intencionalmente hacerse daño o autolesionarse? | ☐ No | ☐ Sí |
| 14. | ... ha percibido o experimentado el mundo u otras personas de manera diferente, como si las cosas parecieran un sueño, extrañas o irreales? | ☐ No | ☐ 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)? | ☐ No | ☐ Sí |
| 16. | ... ha tenido algún problema físico, emocional o social que le ha preocupado? | ☐ No | ☐ Sí |
| 17. | ... ha experimentado otros eventos estresantes (como problemas financieros, cambios de trabajo, mudanza, crisis interpersonales en el trabajo o en la vida privada)? | ☐ No | ☐ Sí |
| 18. | ... ha intentado reducir tensión usando alcohol, tabaco, drogas o medicación? | ☐ No | ☐ 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)? | ☐ No | ☐ 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)? | ☐ No | ☐ 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)? | ☐ No | ☐ Sí |
| 22. | ¿Se considera generalmente una persona resiliente o fuerte frente a las adversidades? | ☐ No | ☐ Sí |