

Mapeo Global en Psicotrauma (MGP)

--	--	--	--	--

Número de Identificación del Participante

Género		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Otro
Edad (años)				
<p>A veces a las personas les suceden cosas que son inusuales o son especialmente espantosas, horribles, o traumáticas.</p> <p>En el último mes, usted ha</p>				
1.	... tenido pesadillas sobre el/los evento(s) traumático(s) que experimentaste en el pasado, o pensado sobre el/los evento(s) sin quererlo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
3.	... sentido constantemente en guardia, hipervigilante, o fácilmente sobresaltado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
4.	... sentido distante, o desconectado de otras personas, actividades, o tu entorno?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
6.	... sentido que no vales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
7.	... experimentado arrebatos de enojo que no pudiste controlar?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
8.	... sentido nervioso, ansioso, o tenso?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
9.	... sentido incapaz de detener o controlar preocupaciones?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
10.	... sentido caído, depresivo, o desesperanzado?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
11.	... experimentado poco interés o placer al hacer cosas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 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 observaras 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	