

Global Psychotrauma Screen – Teenagers (GPS-T)

Examen global de psico trauma para adolescentes

11-17 años

Número de
 identificación del
 participante

Género: Femenino Masculino Otro Prefiero no decir

Edad (años):

Algunas veces a las personas les suceden cosas que son aterradoras u horribles. Si te han ocurrido estas cosas, responde a las siguientes preguntas sobre el evento que más te molesta ahora.

¿Después del evento, has tenido algunas de las siguientes en el último mes? Por favor, marque “No” si no lo has tenido, o marque “Sí”, si la has tenido.

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. | ¿Has tenido sueños muy aterradores o pensamientos molestos sobre el evento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 2. | ¿Te has esforzado en no pensar en el evento, o has tratado de evitar lugares, situaciones, personas, u cualquier cosa que te recuerda del evento? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 3. | ¿Has estado constantemente en guardia, vigilante o sorprendido fácilmente, incluso cuando no había razón? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 4. | ¿Te has sentido insensible o alejado de personas, actividades, el entorno de tal manera que te hace sentir ausente, aunque estés físicamente presente? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 5. | ¿Te has sentido culpable por lo que te sucedió y por cualquier problema que el evento causó? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 6. | ¿Te has sentido mal contigo mismo, como si no fueras importante o no le importaras a nadie? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 7. | ¿Has tenido furia o rabia que no has podido controlar? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 8. | ¿Te has sentido nervioso o ansioso? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 9. | ¿No has podido detener o controlar tu preocupación? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 10. | ¿Te has sentido abatido, deprimido, o sin esperanza? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 11. | ¿Has tenido poco interés o placer en hacer cosas que antes te daban alegría? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 12. | ¿Has tenido problemas en quedarte o permanecer dormido, aunque quieras dormir? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 13. | ¿Has tratado de lastimarte a propósito? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 14. | ¿Has visto el mundo y a otras personas a tu alrededor de una manera que parecía extraña como si estuvieras en un sueño, a pesar de que estabas despierto? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 15. | ¿Te has sentido como si estuvieras mirándote a ti mismo desde arriba, o como si vieras tu cuerpo desde afuera? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 16. | ¿Te han molestado otros problemas (por ejemplo, molestias o dolores físicos, malos sentimientos, problemas con la escuela, tu familia, o amigos)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| 17. | ¿Has pasado por otros eventos estresantes (por ejemplo, no has tenido dinero o comida, te has mudado a otra escuela, incidentes en la escuela, con amigos o familiares)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

18.	¿Has tratado de disminuir los malos sentimientos fumando o vapeando, tomando alcohol, usando drogas o tomando medicamentos no recetados para ti?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
19.	¿No has tenido personas de apoyo que te cuiden (por ejemplo, ayudarle a sentirte mejor cuando has estado molesto, llevarte a la escuela o eventos, acompañarte ir al médico, o hospital)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
20.	¿Durante su infancia (0-10 años), pasaste por alguna otra experiencia o evento aterrador o horrible?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
21.	¿Alguna vez te han dicho que tienes problemas emocionales o de comportamiento o alguna vez has recibido tratamientos para problemas (por ejemplo, depresión, ansiedad, Trastorno por Déficit de Atención y Hiperactividad (TDAH), trastorno alimenticio, o algún problema de conducta)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
22.	¿ Generalmente usted se considera una persona resistente (alguien que se recupera de situaciones difíciles o que puede superar las cosas malas que suceden)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí									
F.	¿Cómo calificarías tu funcionamiento actual (cómo le va ahora en casa, en la escuela y otras áreas de su vida)?											
	Mal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

2021, Global Psychotrauma Screen 2.0 Olf & Bakker, Global Collaboration on Traumatic Stress. Update for adolescents, GPS-T, 2021, Grace & Olf, <https://www.global-psychotrauma.net/gps-child-teen> Translation into Spanish: N. Coreas and M. Toribio, July 2022.