

Mapeo Global en Psicotrauma para Niños y Niñas (GPS-C)

6 10 años

Eres _____ Una niña _____ Un niño _____ Prefiero no decirlo

¿Cuántos años tienes? _____ años

Algunas veces a las personas les suceden cosas que son aterradoras u horribles. Por favor, contesta las siguientes preguntas si alguna de estas situaciones difíciles te sucedió a ti.

Después que sucedió esto difícil, marca si algo de lo que se te presenta a continuación te ha molestado en el último mes? Por favor, marca "No" si esto no te ha sucedido, marca "Si" si algunas de estas cosas te han molestado.

| | | | | | |
|-----|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. | ¿Has pensado mucho sobre lo que sucedió o te apareció en sueños que te han hecho sentir mucho miedo o pesadillas? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 2. | ¿Has tratado de detener pensamientos sobre lo sucedido o alejarte de personas, lugares o cualquier cosa que te recuerde lo que pasó? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 3. | ¿Estás constantemente alerta, observando alrededor tuyo como si lo que sucedió estuviese pasando otra vez, vigilando si estás en peligro aunque no tengas razones para hacerlo? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 4. | ¿Ha sido difícil para ti hacer actividades, estar con personas o sentirte como solías hacerlo antes? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 5. | ¿Te has sentido culpable por lo sucedido? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 6. | ¿Te has sentido mal sobre ti mismo, como si no fueras importante? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 7. | ¿Te has sentido tan enojado que no has podido controlar lo que dijiste o hiciste? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 8. | ¿Te has sentido más nervioso o asustado que antes? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 9. | ¿Te has sentido muy preocupado y ha sido difícil dejar de sentirte así? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 10. | ¿Te has sentido triste o has llorado mucho, o has pensado que las cosas nunca van a mejorar para ti? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 11. | ¿Ha sido difícil para ti disfrutar las actividades o divertirte como lo hacías antes? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 12. | ¿Ha sido difícil para quedarte dormido o mantenerte dormido sin despertarte en la noche? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 13. | ¿Has intentado lastimarte a ti mismo? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 14. | ¿Has sentido como si estuvieras en un sueño mientras estés despierto, o como si las cosas a tu alrededor se sintieran extrañas como si estuvieras en un sueño? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 15. | ¿Ha sentido que te observas desde arriba a ti mismo o que estás observando tu cuerpo desde afuera? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 16. | ¿Has intentado sentirte mejor fumando, usando drogas u otras cosas que no son buenas para ti? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |
| 17. | ¿Hay algún otro problema molestándote (por ejemplo, te sientes enfermo, has experimentado dolores en tu cuerpo, te has sentido solo, o no te relacionadas (llevas/ compartes) como antes con tus amigos u otras personas? | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | Si |

2016, versión 1.2. Actualización 2020 2.0 Olff y Bakker, ISTSS Global Collaboration Project Team. Traducido por: Alianza Global EMDR Infante Juvenil Latinoamérica.