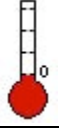
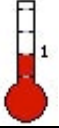


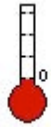
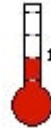




**PART B:**

A continuación incluimos una lista de los problemas que los niños posiblemente tengan luego de vivir una experiencia como la que describimos anteriormente que lo asusta. De todas las cosas que mencionamos, trata de recordar la que más te molesta.

Estas preguntas a continuación indagan sobre lo que más te ha molestado (si fue que te pegaran, que te dieran una golpiza, que te amenazaran o cualquier otra cosa). Escucha atentamente y marca con un círculo a las palabras que describen con mayor exactitud la frecuencia con la que estos problemas te han molestado en LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

	 0	 1	 2	 3
1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes sobre el evento que invaden tu mente indeseadamente?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
2. ¿Has tenido sueños desagradables o pesadillas?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
3. ¿Has estado comportándote o sintiéndote como si el evento estuviera volviendo a suceder (por ejemplo, oyes algo o ves una imagen al respecto y sientes como si estuvieras viviendo la situación nuevamente)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
4. ¿Te has sentido alterado cuando piensas u oyes sobre el evento (por ejemplo, te has sentido asustado, enojado, triste, culpable, etc.)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
5. ¿Has sentido emociones en tu cuerpo cuando piensas u oyes sobre el evento (por ejemplo, comienzas a sudar, el corazón te late más rápidamente)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
6. ¿Has tratado de no pensar sobre el evento, de no hablar o de no sentir al respecto?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
7. ¿Has tratado de evitar actividades, de evitar a la gente o a sitios que te hacen recordar el evento (por ejemplo, has sentido que no quieres jugar afuera o ir a la escuela)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento

	<b>0</b> 	<b>1</b> 	<b>2</b> 	<b>3</b> 
8. ¿Te ha pasado que no puedes recordar una parte importante del evento?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
9. ¿Has perdido interés o no quieres hacer las cosas que te gustaba hacer?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
10. ¿Te has sentido distante de las personas que te rodean?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
11. ¿Te ha pasado que no puedes sentir emociones intensas (por ejemplo, no has podido sentirte muy feliz)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
12. ¿Has estado sintiendo que tus planes o deseos para el futuro no se harán realidad (por ejemplo, no asistirás a la preparatoria, no conseguirás un trabajo, no te casarás, no tendrás hijos)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
13. ¿Te ha resultado difícil quedarte dormido o dormir?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
14. ¿Te has estado sintiendo irritado o has tenido arranques de ira?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
15. ¿Te ha resultado difícil concentrarte (por ejemplo, no puedes seguirle el hilo a un relato en la televisión, te olvidas lo que lees o no puedes prestar atención en clase)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
16. ¿Has sido demasiado cauteloso (por ejemplo, quieres estar al tanto de quién o qué te rodea)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento
17. ¿Has estado nervioso o te has sobresaltado (por ejemplo, cuando alguien se acerca a ti desde atrás)?	Nunca	Ocasionalmente	El 50% del tiempo	Prácticamente en todo momento