

VGNI Cuestionario Breve (VGNI-CB)

Versión [GVER]: VGNI-CB ver. 3.0

¿Cuál es su nombre? a. _____ b. _____ c. _____
(Nombre) (S.N.) (Apellido)

¿Cuál es la fecha de hoy? (MM/DD/AAAA) |__|_| / |__|_| / 20 |__|_|

<p>Las siguientes preguntas son acerca de problemas psicológicos, de comportamiento o personales comunes. Estos problemas se consideran significativos cuando los ha tenido por dos o más semanas, cuando ocurren de nuevo, cuando no le dejan cumplir con sus responsabilidades o le hacen sentir como que no aguanta más.</p> <p>Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2–3 meses (3), hace 4–12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).</p>	Último Mes	Hace 2–3 Meses	Hace 4–12 Meses	1+ Años	Nunca
	4	3	2	1	0

- IDScr 1. **¿Cuándo fue la última vez** que tuvo problemas **significativos** como...
- a. sentirse muy atrapado, sin salida, solo, triste, deprimido o sin esperanza acerca del futuro?.....4 3 2 1 0
 - b. problemas para dormir, tales como pesadillas, inquieto al dormir o quedándose dormido durante el día?4 3 2 1 0
 - c. sentirse muy ansioso, nervioso, tenso, asustado, con pánico o como que alguna cosa mala iba a pasar?4 3 2 1 0
 - d. cuando algo le recuerda del pasado se angustia mucho y se enoja?.....4 3 2 1 0
 - e. pensar en acabar con su vida o suicidarse?.....4 3 2 1 0
 - f. ver o escuchar cosas que nadie más puede ver o escuchar o sentir que alguien más puede leer or controlar sus pensamientos?4 3 2 1 0
- EDScr 2. **¿Cuándo fue la última vez** que hizo las siguientes cosas **dos o más veces**?
- a. Mintió o estafó para conseguir lo que quería o para evitar hacer algo.....4 3 2 1 0
 - b. Se le hizo difícil poner atención en la escuela, trabajo o casa.....4 3 2 1 0
 - c. Se le hizo difícil escuchar las instrucciones en la escuela, trabajo, o casa.....4 3 2 1 0
 - d. Se le hizo difícil esperar su turno4 3 2 1 0
 - e. Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas4 3 2 1 0
 - f. Comenzó peleas físicas con otras personas4 3 2 1 0
 - g. Trató de “recuperar” sus pérdidas yendo a apostar otro día.....4 3 2 1 0
- SDScr 3. **¿Cuándo fue la última vez** que...
- a. usó alcohol u otras drogas todas las semanas o con más frecuencia?.....4 3 2 1 0
 - b. pasó mucho tiempo tratando de conseguir alcohol u otras drogas, usando alcohol u otras drogas o recuperándose de los efectos del alcohol u otras drogas (ej., se sentía enfermo)?4 3 2 1 0
 - c. siguió usando alcohol u otras drogas sabiendo que le estaban causando problemas sociales, llevándolo a peleas o metiéndolo en problemas con otras personas?.....4 3 2 1 0
 - d. el uso de alcohol u otras drogas le causó que dejara o se involucrara menos en actividades en el trabajo, escuela, casa o eventos sociales?.....4 3 2 1 0
 - e. tuvo problemas de abstinencia por el alcohol u otras drogas como las manos temblorosas, vómito, sentirse inquieto o no poder dormir o que usó alguna clase de alcohol u otras drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)?.....4 3 2 1 0

(Continúa)	Último Mes	Hace 2-3 Meses	Hace 4-12 Meses	1+ Años	Nunca
	4	3	2	1	0

Después de cada una de las siguientes afirmaciones, por favor nos dice la última vez que tuvo ese problema, si alguna vez, respondiendo en el último mes (4), hace 2-3 meses (3), hace 4-12 meses (2), hace más de un año (1), o nunca (0).

- CVScr 4. **¿Cuándo fue la última vez que...**
- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a. tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o le dio un empujón a alguien? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| b. se llevó algo de una tienda sin pagarlo? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| c. vendió, distribuyó o ayudó a producir drogas ilegales?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| d. manejó un carro (MX: coche, auto, CUB: máquina) cuando estaba bajo los efectos del alcohol o drogas ilegales?..... | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| e. dañó o destruyó intencionalmente propiedad que no le pertenecía? | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
5. **¿Tiene otros problemas psicológicos, de comportamiento o personales significativos para los cuales quiere tratamiento o necesita ayuda? (Si es así, por favor descríbalos abajo)**
- | | | | |
|--|---|-----------|-----------|
| | | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
| | 1 | | 0 |
- v1. _____
6. **¿Cuál es su género o sexo? (Si es otro, por favor describa abajo) 1 - Hombre 2 - Mujer 99 - Otro**
- v1. _____
7. **¿Cuántos años tiene hoy? |__|__| Edad**
- 7a. **¿Cuántos minutos le tomó llenar este cuestionario? |__|__|__| Minutos**

Para uso del personal solamente	
8. Sitio ID: _____	Nombre del sitio v. _____
9. Personal ID: _____	Nombre del personal v. _____
10. Cliente ID: _____	Nota v. _____
11. Modo: 1 – Administrado por el personal 2 – Administrado por otro 3 – Auto-administrado	
13. Referir a: MH ____ SA ____ ANG ____ Otro ____ 14. Código(s) para referir: _____	
15. Comentarios para referir: v1. _____	

Scoring					
Cuestionario	Items	Último mes (4)	Último 90 días (4, 3)	Último Año (4, 3, 2)	Alguna vez (4, 3, 2, 1)
IDScr	1a – 1f				
EDScr	2a – 2g				
SDScr	3a – 3e				
CVScr	4a – 4e				
TDSr	1a – 4e				