

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 o 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				