

# Valoración Global de Necesidades Individuales - Q3 (GAIN-Q3)

Version [GVER]: 3.2.4 CTDCF MI Lite

Sitio ID [XSITE]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Sitio Local ID [XSITEa]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
ID del Personal [XSID]: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Iniciales del Personal [XSIN]: ...|\_|\_|\_|\_|  
ID del Part. [XPID]: .....|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Apellido [XPNAM]: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_      S.N.: \_\_\_\_\_

Observación [XOBS]: .. .....|\_|\_|\_|      v. \_\_\_\_\_  
Personal Edición ID [XEDSID]: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Fecha Edic. [XEDDT]:.....    |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20 |\_|\_|\_|  
Personal Base Datos ID [XDESID]: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      Fecha Inicial [XDEDT]:.....    |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|/20 |\_|\_|\_|

<b><i>Solo para Uso del Personal</i></b>	
A1.	Información Administrativa
A1a.	Hora: ..... _ _  :  _ _  HH:MM .....A1b.  _ _ _  (AM/PM)
A1c.	Fecha de Hoy [XOBSDT]: ..... _ _ _ / _ _ _ /20  _ _ _  (MM/DD/YYYY)

## Introducción

**Propósito:** El propósito de esta evaluación es proveer un resumen de cómo han estado yendo las cosas en su vida. La información recolectada será únicamente empleada para identificar y abordar problemas con los que pueda desear asistencia así como para ayudarnos a evaluar nuestros servicios.

**Formato:** Esta evaluación tiene preguntas sobre qué ha estado ocurriendo en su vida en un amplio rango de áreas, incluyendo su salud física y mental, nivel de estrés y conductas de riesgo, y satisfacción con su vida. Usted podrá decir que no sabe o que rehúsa contestar cualquier pregunta que NO quiera responder.

**Tiempo:** Dependiendo de cuánto haya estado ocurriendo en su vida, tomará como 20-45 minutos el completarlo. Usted podrá tomar un descanso si lo necesita.

**Privacidad y Confidencialidad:** Sus respuestas son privadas. Todo el personal de investigación científica y de tratamiento que tiene acceso a sus respuestas entiende esta restricción y ha estado de acuerdo en no divulgar sus respuestas específicas sin su consentimiento por escrito. Esto incluye proveer información a miembros de su familia, otros individuos, otras agencias de tratamiento, agencias de servicio social, agencias de justicia criminal y otras agencias.

Su confidencialidad también está protegida bajo el acta de privacidad de 1974, el acta sobre normas de privacidad, portabilidad de seguro de salud y responsabilidad (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996, y el acta sobre informática de salud para la salud económica y clínica (HITECH, por sus siglas en inglés) de 2009. (LEÁLO SOLAMENTE SI FUERA APLICABLE): Hemos obtenido un certificado de confidencialidad para prevenir que nos obliguen a dar información alguna a la corte.

Hay, sin embargo, dos excepciones. Primero, estamos bajo la obligación legal de informar abuso de menores o si usted constituye un peligro para usted mismo o para otros. Segundo, oficiales del gobierno federal tienen el derecho de revisar nuestro trabajo para asegurarse de que hemos protegido su seguridad y hemos informado exactamente lo que hemos hecho.

¿Tiene alguna pregunta?

### A3. Lapso de tiempo para los eventos claves y preguntas para administrar inicialmente

Varias preguntas le pedirán que recuerde cosas que han ocurrido durante **los últimos 90 días**. Para ayudarle a recordar esos períodos de tiempo, mire por favor el calendario. Primero, busquemos la fecha de hoy y hágale un círculo.

Ahora cuente las 13 semanas pasadas, aprox. 90 días y haga un círculo en esa fecha. ¿Recuerda algo que estaba ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO. **SI NO PUEDE RECORDAR:** ¿Recuerda algún cumpleaños, días festivos, eventos deportivos u otros eventos que ocurrieran cerca de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS)? ¿Hubo algún cambio en donde vivía, con quién estaba, estaba o no bajo tratamiento, trabajo, escuela o cárcel? ¿Dónde vivía en ese momento? ¿Estaba bajo tratamiento, trabajando, en la escuela o envuelto con la ley en ese entonces?)

A3a1. Anote el Evento Clave de 90 días: v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que estaban ocurriendo durante "los últimos 90 días", hablamos de cosas que ocurrieron más o menos desde (EVENTO DE HACE 90 DÍAS).

Por favor, mantenga este calendario a mano y utilícelo a medida que hagamos la entrevista para que le ayude a acordarse de cuando pasaron distintas cosas.

#### *Instrucciones adicionales para administración verbal*

A medida que hagamos el cuestionario, voy a leer las preguntas y anotaré sus respuestas. Es importante que trate de responder cada pregunta si puede y desea hacerlo. Sabemos que no siempre sabrá la respuesta exacta, pero nos gustaría que nos dé la respuesta que mejor crea, si puede. También puede decirnos si no sabe o no desea o rehúsa responder alguna pregunta. Tengo también tarjetas aquí que usaremos para ayudar a contestar algunas de las preguntas.

¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

A4a. En pocas palabras, ¿puede decirme por qué está aquí hoy? (¿Cuál es su razón principal para ponerse bajo tratamiento?) ( No pregunte "¿Algo más?")

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**(Aclare y Codifique)**

- Disponibilidad (dificultades en obtener drogas o drogas "buenas")..... 1
- Finanzas (no puede pagar por drogas, perdió fuente de ingresos)..... 2
- Motivo personal ("hábito fuera de control", "cansado", "desea cambiar", "mejorar la vida", "salvarse").....3
- Razones de salud (muy enfermo para seguir; las drogas o enfermedades relacionadas le están haciendo daño o amenazan su propia salud, bebé no ha nacido o en camino, para vivir)..... 4
- Obligado por la familia (padre o madre, esposo(a), pareja)..... 5
- Para conseguir o mantener custodia o para ser mejor padre o madre.....6
- Presión: Sist. de justicia criminal (mandato de la corte, oficial: probatoria/libertad condicional, abogado, etc.)..... 7
- Presión: Departamento de Servicios de Familia y Niños (DCFS, por sus siglas en inglés)..... 8
- Presión del maestro, ministro, entrenador..... 9
- Desea recibir servicios (quiere vivienda u otro beneficio)..... 10
- Escuela o trabajo (conseguir, mantener o mejorar situación)..... 11
- Otro (**Por favor describa en A4a**).....99

A4b. ¿Cuál es el nombre de la persona quien lo refirió a tratamiento?

v. \_\_\_\_\_

A4c. ¿Cuál es la relación de esa persona con usted?

v. \_\_\_\_\_

A4d. Código para la persona o agencia que lo refiere (escoja de la tabla abajo)..... |\_|\_|

Individuales		Agencias	
1 Yo mismo	10 Juez	21 Programa de abuso de alcohol/ drogas	41 Programa estatal de abuso de alcohol/drogas
2 Madre	11 Maestro	22 Proveedor de salud mental	42 Programa estatal de salud mental
3 Padre	12 Supervisor en el trabajo	23 Otro proveedor de cuidado de salud	43 Programa estatal de Servicios a Familia y Niños (DCFS) o programa de bienestar público
4 Hermano	13 Trabajador Social	24 Programa de alcance a la comunidad, apoyo o prevención	44 Departamento estatal de salud
5 Hermana	14 Abogado	25 Escuela	49 Otra agencia estatal
6 Abuelo, abuela	15 Oficial de Probatoria	26 Empleador	50 Programa de justicia criminal (CJ) fuera del estado
7 Tía	16 Oficial de Libertad Condicional	27 Agencia de Servicio Social	59 Otra agencia fuera del estado
8 Tío	17 Trabajador de Asistencia Pública	28 Agencia de Justicia Criminal	99 Otro (Por favor describa en A4a)
9 Otro miembro de la familia	18 Sacerdote/Ministro	30 Treatment Alternatives to Street Crime (TASC) o programa alternativo: Tratamiento en lugar de detención	
	19 Otro individuo	39 Otra agencia	

## B. Información de Antecedentes

En esta primera sección, voy a hacerle preguntas básicas acerca de si mismo.

- B1. ¿Cuál es su género o sexo? **(Escoja una)**
- Hombre ..... 1
  - Mujer ..... 2
  - Transgénero (de hombre a mujer) ..... 4
  - Transgénero (de mujer a hombre) ..... 5
  - Otro **(Por favor describa)** ..... 99

v. \_\_\_\_\_

- BAC B1d. Aproximadamente, ¿cuánto **mide** en pies y pulgadas?.....     
Pies Pulgadas

- B1e. Aproximadamente, ¿cuánto **pesa** sin zapatos?.....   
Libras

- B2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?.....  /  /   
Mes Día Año

- B2a. ¿Cuántos años tiene hoy?.....  **[SI ES MAYOR DE 18, PASE A B3a]**  
Edad

- B2b. En este momento, ¿quién tiene **custodia legal** de usted? (Diría que...)

v. \_\_\_\_\_

- (Aclare y codifique)**
- Padres viviendo juntos ..... 1
  - Padres que están separados pero comparten la custodia ..... 2
  - Uno de los padres (aunque viva con padrastro o madrastra) ..... 3
  - Otros miembros de la familia ..... 4
  - Menor emancipado legalmente, viviendo por su cuenta ..... 5
  - Huyó de la casa/vive solo (sin emanciparse legalmente) ..... 6
  - Condado/Estado (hogar sustituto o servicios de protección ("foster home"))..... 7
  - Institución correccional o juvenil..... 8
  - Otra **(Por favor describa en B2bv)**..... 99

B3a. ¿De qué raza, grupo étnico, nacionalidad o tribu se considera? (¿Algún otro grupo?)  
**(Por favor anote y escoja todos los que apliquen)**

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor escoja por lo menos una raza.

**MENCIONADO**

	<u>Si</u>	<u>No</u>
1. Nativo de Alaska <b>(Por favor anote la tribu arriba)</b> .....	1	0
2. Asiático.....	1	0
3. Africano Americano/Negro.....	1	0
4. Caucásico/Blanco.....	1	0
5. Hispano, Latino o Chicano.....	1	0
a. Puertorriqueño.....	1	0
b. Mexicano.....	1	0
c. Cubano.....	1	0
e. Dominicano.....	1	0
f. Otro país de América Central.....	1	0
g. Otro país de América del Sur.....	1	0
z. Algún otro grupo <b>(Por favor describa arriba)</b> .....	1	0
6. Indígena o Indio Americano <b>(Por favor anote la tribu arriba)</b> ...	1	0
7. Nativo de Hawaii.....	1	0
8. Nativo de las Islas del Pacífico.....	1	0
99. Algún otro grupo <b>(Por favor describa arriba)</b> .....	1	0

B12. ¿Cuál es el **último** grado/año que **completó en la escuela?**  
*(NOTA: Puede usar 12 para escuela secundaria, 16 para licenciatura y 17 para postgrado/maestría o más de 4 años de universidad).....*     
 Grado

B13. ¿Qué diplomas, títulos, certificados ocupacionales o licencias ha recibido?  
 (¿Algún otro?)

		<b>MENCIONADO</b>	
		<u>Si</u>	<u>No</u>
1.	Diploma de bachillerato o preparatoria.....	1	0
2.	Pasó el examen de equivalencia general (GED, en inglés).....	1	0
3.	Certificado de educación adulta básica (ABE, en inglés).....	1	0
4.	Título universitario de dos años.....	1	0
5.	Grado universitario de 4 años o licenciatura.....	1	0
6.	Escuela de posgrado (maestría o doctorado). ....	1	0
7.	Certificado vocacional/ocupacional.....	1	0
8.	Licencia de aprendizaje de algún oficio.....	1	0
9.	Licencia de manejar (conducir) comercial.....	1	0
99.	Otros títulos o licencias <b>(Por favor describa)</b> .....	1	0

v. \_\_\_\_\_

B14. ¿Cuáles de las siguientes etiquetas está más de acuerdo con su identidad de orientación sexual?

	<b>(Escoja una)</b>
No-sexual o asexual.....	1
Heterosexual.....	2
Homosexual, gay o lesbiana.....	3
Bisexual.....	5
En duda o sintiendo curiosidad.....	6
No está seguro(a).....	7
Otro <b>(Por favor describa)</b> .....	99

v. \_\_\_\_\_

B15. ¿Cuál es su estado marital **actual**?

	<b>(Aclare y codifique)</b>
Casado(a).....	1
Casado(a) más de una vez.....	2
Viviendo con alguien como si estuviera casado(a).....	3
Casado(a) pero viviendo aparte.....	4
Divorciado(a).....	5
Separado(a) legalmente.....	6
Viudo(a).....	7
Nunca se ha casado y no vive como si estuviera casado(a).....	8

**[SI ES MENOR DE 17 AÑOS, ESCOJA 0 Y PASE A B17]**

B16. ¿Ha estado **alguna** vez en las fuerzas armadas de los EEUU o de cualquier otro país?

(Escoja una)

No, nunca ha servido en las fuerzas armadas..... 0 [PASE A B17]

Si, sirvió en las fuerzas armadas de los EEUU..... 1

Que rama? v. \_\_\_\_\_

Si, sirvió en las fuerzas armadas de otro país..... 99

Que país? v. \_\_\_\_\_

B16a. ¿Estuvo **alguna vez** en una zona de combate?..... Si No  
1 0

Dónde? v. \_\_\_\_\_

B16b. ¿Cuál fue su rango militar **más alto**?

v. \_\_\_\_\_

B16c. ¿Está usted actualmente en servicio activo en las fuerzas armadas, incluyendo en la reserva o guardia?..... Si No  
1 0 [SI NO, PASE A B16c\_2]

B16c\_1. ¿Cuál es su estado militar actual?

v. \_\_\_\_\_

(Aclare y codifique)

Activo en las fuerzas armadas (sin incluir la reserva activa o Guardia)..... 1 [PASE A B17]

En la guardia o componente de reserva que entrena regularmente..... 2

En la Reserva Individual Lista (Reserva Inactiva Lista, Secciones no Afiliadas de Reserva)..... 3

Otra (**Por favor describa en B16c\_1v**)..... 99

		<u>Si</u>	<u>No</u>
B16c_2.	¿Alguna vez ha sido dado de baja del ejército?.....	1	0 [SI NO, PASE A B17]

B16c\_2a. ¿Cuál es su estado de dado de baja?

v. \_\_\_\_\_

**(Aclare y codifique)**

- Retirado/Dado de baja honorable..... 1
- Dado de baja honorable (no retirado)..... 2
- Dado de baja General o Separación de nivel de entrada..... 3
- Otro diferente de dado de baja honorable.....4
- Mala conductad o dada de baja administrativa o destitución..... 5
- Dada de baja deshonorale o destitución despúes de corte marcial.....6
- Otra (**Por favor describa in B16c\_2av**)..... 99

		<u>Si</u>	<u>No</u>
B16d.	¿Estuvo su baja relacionada con algún problema físico, mental, con alcohol, drogas, u otro problema?.....	1	0 [SI NO, PASE A B17]

B16d. ¿Cuáles fueron los problemas?  
(**Por favor registre y seleccione todos los que aplican**)

v. \_\_\_\_\_

**MENCIONADOS**

- |   | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| 1. Físicos.....   | 1         | 0         |
| 2. Médicos.....   | 1         | 0         |
| 3. Mentales.....  | 1         | 0         |
| 4. De Alcohol.....  | 1         | 0         |
| 5. De Drogas.....   | 1         | 0         |
| 99. Otro problema ( <b>Por favor describa en B16dv</b> )..... | 1         | 0         |

**[SI ES HOMBRE, PASE A SP1]**

		<u>Si</u>	<u>No</u>
B17.	¿Está actualmente embarazada?.....	1	0

### SP. Problemas Escolares

Las siguientes preguntas son acerca de estar en cualquier tipo de escuela o programa de capacitación. Usando la **Tarjeta Q** y respondiendo "durante el último mes," "hace 2 a 3 meses," "hace 4 a 12 meses," "hace 1 o más años," o "nunca"...

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

SPScr/  
QOLI

SP1.	Quando fue la <b>última</b> vez que usted...					
a.	¿llegó tarde o se fue temprano de la escuela o programa de capacitación? ...	4	3	2	1	0
b.	¿faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) a la escuela o programa de capacitación solo porque no tenía ganas de estar allí?.....	4	3	2	1	0
c.	¿tuvo malas notas o bajó las notas en la escuela o programa de capacitación?.....	4	3	2	1	0
d.	¿se enfermó en la escuela o programa de capacitación? .....	4	3	2	1	0
e.	¿fue a cualquier tipo de escuela o capacitación? .....	4	3	2	1	0
SP1f.	¿Cuando fue la <b>última</b> vez, si alguna, que usted recibió cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas escolares (por ejemplo, hablar con un consejero escolar sobre problemas en la escuela, trabajar con un tutor, asistir a un grupo de habilidades sociales en la escuela)?.....	4	3	2	1	0

<i>Para Uso del Personal Solamente</i>		
Puntos de Elegibilidad	Razones Escolares	
		<u>Si</u> <u>No</u>
SP2a.	¿Ha tenido el participante algún problema escolar en los últimos 3 meses, Como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos SP1a a SP1d?.....	1      0
SP2c.	¿Desea administrar los puntos de razones escolares? Si usted contestó "sí" en los puntos SP2a o SP2b, o decide administrar los puntos de razones escolares por decisión de la institución o de su personal, codifique "sí" .....	1      0

[SI SP2c = 0, PASE A WP1a]

**Razones Escolares**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento en la escuela o capacitación.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

SP3. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento en la escuela o capacitación porque...

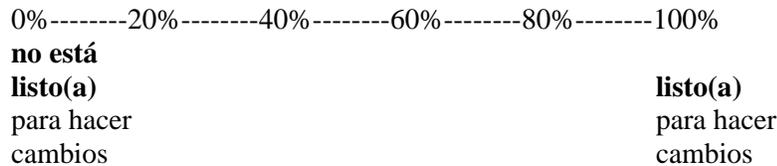
	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. le irá mejor en la escuela o programa de capacitación.....	1	0
b. sacará mejores calificaciones.....	1	0
c. no se meterá en problemas.....	1	0
d. no será expulsado.....	1	0
e. otras personas dejarán de molestarlo por sus problemas escolares o en el programa de capacitación.....	1	0
f. podrá obtener su diploma y por lo tanto, un trabajo mejor pagado que si no tuviera el diploma.....	1	0

SP4. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento en la escuela o capacitación? (No pregunte, "Algunas Otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

SP5. ¿**Que** tan listo está **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento en la escuela o capacitación?.....|\_|\_|\_|



### WP. Problemas de Trabajo

Las siguientes preguntas son acerca de trabajar en un empleo. Para estos puntos, un trabajo incluye un empleo a tiempo completo o parcial donde usted recibe un sueldo, incluyendo servicio militar. Si nunca ha trabajado, por favor responda "nunca".

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

WPScr/ QOLI	WP1.	Cúando fue la <b>última</b> vez que usted...					
	a.	¿llegó tarde o se fue temprano del trabajo?.....	4	3	2	1	0
	b.	¿faltó (PR: cortó, MX: se fue de pinta) al trabajo porque no tenía ganas de estar allí?.....	4	3	2	1	0
	c.	¿hizo un mal trabajo o hizo su trabajo peor que antes?.....	4	3	2	1	0
	d.	¿se enfermó en el trabajo?.....	4	3	2	1	0
	e.	¿fue a su trabajo?.....	4	3	2	1	0
	WP1f.	¿Cúando fue la <b>última</b> vez, si alguna, que usted recibió cualquier tipo de ayuda lidiando con problemas de trabajo (por ejemplo, hablar con un consejero sobre problemas en el trabajo, usando los servicios de un programa de asistencia al empleado, participando en <b>meditación</b> para la resolución de disputas)?.....	4	3	2	1	0

<i>Para uso del personal solamente</i>			
<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Trabajo</b>		<u>Si</u>	<u>No</u>
WP2a.	¿Ha tenido el participante cualquier problema de trabajo en los últimos 3 meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos WP1a a WP1d?.....	1	0
WP2c.	¿Desea usted administrar los puntos de razones de trabajo? Si usted respondió si a los puntos WP2a o WP2b o decide administrar los puntos de razones de trabajo por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si.....	1	0

[SI WP2c = 0, PASE A PH1a]

**Razones de Trabajo**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento en el trabajo..

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

WP3. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento en el trabajo porque...

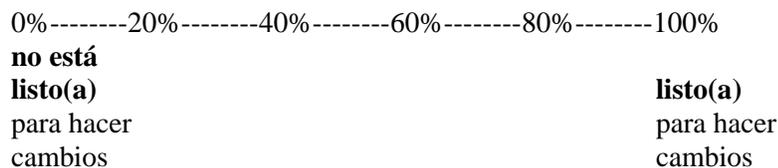
	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. logrará completar más trabajo.....	1	0
b. obtendrá mejores evaluaciones.....	1	0
c. no se meterá en problemas.....	1	0
d. no será despedido.....	1	0
e. otras personas dejarán de molestarlo por sus problemas en el trabajo.....	1	0
f. podrá seguir manteniéndose a usted mismo (y a su familia).....	1	0

WP4. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento en el trabajo?  
(No pregunte, "Algunas Otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

WP5. Que tan listo está **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento en el trabajo?.....|\_|\_|\_|



**PH. Salud Física**

Las siguientes preguntas son acerca de su salud física.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

HPScr/  
QOLI

PH1.	Quando fue la <b>última</b> vez que usted ha...					
a.	¿ganado 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....	4	3	2	1	0
b.	¿perdido 10 libras o más <b>sin</b> proponérselo? .....	4	3	2	1	0
c.	¿estado <b>preocupado</b> acerca de su salud?.....	4	3	2	1	0
d.	¿tenido <b>mucho dolor o malestar físico (molestia)</b> ?.....	4	3	2	1	0
e.	¿tenido problemas de salud que <b>no le dejaron</b> cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....	4	3	2	1	0
f.	¿vio a un médico o enfermera, o tomó medicamentos con receta médica por un problema de salud?.....	4	3	2	1	0

<i>Para uso del personal solamente</i>			
<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Salud</b>		<u>Si</u>	<u>No</u>
PH3a.	¿Ha tenido el participante cualquier problema de salud en los últimos 3 Meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos PH1a a PH1e?.....	1	0
PH3c.	¿Desea usted administrar los puntos de razones de salud? Si usted respondió si a los puntos PH3a o PH3b o decide administrar los puntos de razones de salud por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si.....	1	0

[SI PH3c = 0, PASE A SS1a]

**Razones de Salud**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su comportamiento relacionado con la salud, incluyendo el uso de tabaco.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

PH4. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento relacionado con la salud porque...

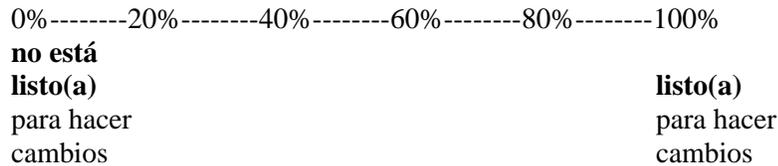
	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. se sentirá mejor.....	1	0
b. dejará de preocuparse sobre su salud.....	1	0
c. podrá participar en más actividades.....	1	0
d. podrá completar más cosas.....	1	0
e. no sentirá dolor.....	1	0
f. otras personas dejarán de molestarlo por su salud.....	1	0

PH5. Cúal es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento relacionado con la salud? (No pregunte, "Algunas Otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

PH6. Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento relacionado con la salud?.....|\_|\_|\_|



### SS. Fuentes de Estrés

Las siguientes preguntas son acerca del estrés en su vida.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

SSScr/  
QOLI

SS1.	¿Cuándo fue la <b>última</b> vez que usted estuvo bajo estrés por alguna de las siguientes razones?					
a.	¿Muerte de un miembro de la familia o amigo cercano?.....	4	3	2	1	0
b.	¿Problemas de salud de un miembro de la familia o amigo cercano?.....	4	3	2	1	0
c.	¿Peleas con jefe, maestro o compañeros de trabajo o clase?.....	4	3	2	1	0
d.	Cambio importante en una relación para usted o su familia (matrimonio, divorcio o separación)?.....	4	3	2	1	0
e.	¿Algo que vio o que le sucedió a alguien cercano a usted? (Por favor describa).....	4	3	2	1	0
v.	_____					
f.	¿Nuevo trabajo, posición o escuela?.....	4	3	2	1	0
g.	¿No tuvo dinero suficiente para pagar todas sus cuentas a tiempo?.....	4	3	2	1	0
SS1g1.	¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si alguna, que se consideró sin hogar?.....	4	3	2	1	0
SS1h.	¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si la hubiese, en que usted recibió algún tipo de ayuda para enfrentar su estrés (por ejemplo, hablando con un consejero sobre formas de manejar el estrés, participando en clases para aprender mejor cómo manejar el estrés)?.....	4	3	2	1	0

<i>Para uso del personal solamente</i>			
	<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Estrés</b>	<u>Si</u>	<u>No</u>
SS3a.	¿Ha tenido el participante cualquier problema de estrés en los últimos 3 Meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos SS1a a SS1g1?.....	1	0
SS3c.	¿Desea usted administrar los puntos de razones de estrés? Si usted respondió si a los puntos SS3a o SS3b o decide administrar los puntos de razones de estrés por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si.....	1	0

[SI SS3c = 0, PASE A RB1a]

**Razones de Estrés**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en como lidian con el estrés.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

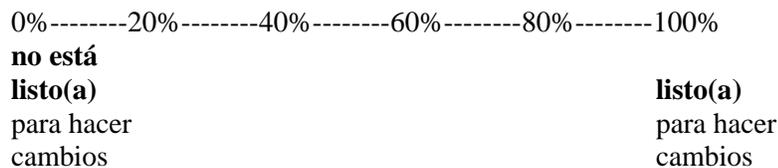
SS4.	Usted quiere hacer cambios en como maneja el estrés porque...	<u>Si</u>	<u>No</u>
	a. se sentirá mejor o más relajado.....	1	0
	b. aprenderá a enfrentar sus problemas de manera saludable.....	1	0
	c. no se sentirá tan ansioso todo el tiempo.....	1	0
	d. no andará tan irritable.....	1	0
	e. dormirá mejor.....	1	0
	f. logrará completar más cosas.....	1	0

SS5. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en el modo de enfrentar el estrés?  
(No pregunte, "¿Alguna otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

SS6. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en como maneja el estrés?.....|\_|\_|\_|



## RB. Comportamientos de Riesgo por Enfermedades Infecciosas

Las siguientes preguntas son acerca de comportamientos que le pusieron en riesgo de obtener y propagar enfermedades infecciosas, incluyendo **HIV**. Estos comportamientos pueden ser cosas que usted ha hecho o que otros le han hecho a usted. Por favor recuerde que todas sus respuestas son estrictamente confidenciales.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

RBSscr/ QOLI	RB1.	Cuando fue la <b>última</b> vez que usted...					
	a.	¿tuvo <b>2 o más</b> parejas sexuales durante el mismo período de tiempo?.....	4	3	2	1	0
	b.	¿tuvo relaciones sexuales sin usar alguna clase de condón, barrera bucal u otra barrera para protegerse y proteger su pareja de enfermedades o embarazo?.....	4	3	2	1	0
	c.	¿tuvo relaciones sexuales mientras usted o su pareja estaban <b>bajo los efectos del alcohol u otras drogas</b> ?.....	4	3	2	1	0
	d.	¿usó una aguja para inyectarse drogas como heroína, cocaína o anfetaminas?.....	4	3	2	1	0
	g.	¿fue atacado con un arma, incluyendo una pistola, cuchillo, palo, botella u otra arma?.....	4	3	2	1	0
	h.	¿fue abusado físicamente, donde alguien le hirió golpeándolo hasta el punto de tener moretones, cortes o huesos rotos?.....	4	3	2	1	0
	j.	¿fue abusado sexualmente, donde alguien lo presionó o forzó a participar en actos sexuales en contra de su voluntad, incluyendo su pareja sexual regular, un familiar o amigo?.....	4	3	2	1	0
	k.	¿fue abusado emocionalmente, donde alguien hizo o dijo cosas para hacerlo sentir muy mal sobre sí mismo?.....	4	3	2	1	0

**[SI TODAS RB1g-k = 0, PASE A RB1n]**

RBSscr	RB1.	Cúando fue la <b>última</b> vez que usted...					
	m1.	¿fue abusado varias veces o por un largo período de tiempo?.....	4	3	2	1	0
	m2.	¿tuvo miedo por su vida o de poder ser seriamente herido por el abuso?.....	4	3	2	1	0
	RB1n.	¿Cuándo fue la <b>última</b> vez, si la hubiese, en que usted recibió algún tipo de ayuda para reducir sus conductas de riesgo (por ejemplo, participando en un programa de intercambio de agujas, recibiendo instrucción en prácticas sexuales seguras, mudándose a un refugio para víctimas de violencia doméstica)?.....	4	3	2	1	0

<i>Para uso del personal solamente</i>			
	<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Comportamientos de Riesgo</b>	<u>Si</u>	<u>No</u>
RB3a.	¿Reportó el participante cualquier problema de comportamiento de riesgo en los últimos 3 meses como se indicaría al tener por lo menos una respuesta de 4 o 3 para los puntos RB1a a RB1m2?.....	1	0
RB3c.	¿Desea usted administrar los puntos de razones de comportamientos de riesgo? Si usted respondió si a los puntos RB3a o RB3b o decide administrar los puntos de razones de comportamientos de riesgo por motivos del sitio o decisión del personal, codifique si.....	1	0

[SI RB3c = 0, PASE A MH1a]

### **Razones de Comportamientos de Riesgo**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su **compartamiento** de riesgos relacionados conseguir o propagar HIV y otras enfermedades infecciosas.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

RB4.	Usted quiere hacer cambios en sus comportamientos de riesgo porque...	<u>Si</u>	<u>No</u>
a.	no quiere contraer VIH u otra enfermedad grave.....	1	0
b.	no quiere ponerse en una situación donde pueda ser lastimado.....	1	0
c.	no quiere que sus conductas afecten negativamente a su familia, amigos o hijos.....	1	0
d.	no quiere ser responsable de propagar enfermedad.....	1	0
e.	no quiere morir antes de tiempo.....	1	0
f.	participar en conductas de riesgo le da una mala imagen.....	1	0

RB5. ¿Cuál es su razón principal o **ma's** importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en sus comportamientos de riesgo?  
(No pregunte, "¿Alguna otras?")

v. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

RB6. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en sus comportamientos de riesgo?..... |\_|\_|\_|

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%  
**no está** **listo(a)** **listo(a)**  
para hacer para hacer  
cambios cambios

## MH. Salud Mental

Las siguientes preguntas son sobre problemas psicológicos, de comportamiento o emocionales **comunes**. Estos problemas son considerados **significativos** cuando usted los tiene por dos o más semanas, cuando continúan retornando, cuando no le permiten cumplir con sus responsabilidades, o cuando le hacen sentir como que no puede continuar.

Usando la **Tarjeta Q...**

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

IDScr6/ QOLI	MH1.	Quando fue la <b>última</b> vez que tuvo problemas <b>significativos</b> con...					
	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.	¿volverse muy afligido y molesto cuando algo le recordaba al pasado?.....	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

Usando la **Tarjeta Q...**

EDScr6/ QOLI	MH2.	¿Cuando fue la <b>última</b> vez que hizo las siguientes cosas <b>dos o más veces</b> ?					
	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 turno.....	4	3	2	1	0
	e.	Intimidó o amenazó o buscó pleitos con otras personas.....	4	3	2	1	0
	f.	Comenzó peleas físicas con otras personas.....	4	3	2	1	0
	g.	Trató de recuperar sus pérdidas yendo a apostar otro día.....	4	3	2	1	0

	MH2h.	¿Cuando fue la <b>última</b> vez, si alguna, que usted fue tratado por un problema mental, emocional, de comportamiento o psicológico por un especialista de salud mental o en una sala de emergencias, hospital o instalación de salud mental ambulatoria, o con medicamentos prescritos?.....	4	3	2	1	0
--	-------	---	---	---	---	---	---

<i>Para uso del personal solamente</i>			
<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Salud Mental</b>		<u>Si</u>	<u>No</u>
MH4a.	¿Ha tenido el participante algún problema de salud mental en los últimos 3 meses, como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos MH1a a MH1f, o MH2 a MH2g?.....	1	0
MH4c.	¿Desea usted administrar los puntos sobre razones de salud mental? Si usted respondió "sí" en los puntos MH4a o MH4b, o decide administrar los puntos de razones de salud mental por decisión de la institución o de su personal, codifique "sí".....	1	0

[SI MH4c = 0, PASE A SU1a]

**Razones de Salud Mental**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su **compartamiento** relacionado con la salud mental.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

MH5. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento relacionado con salud mental porque...

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. se sentirá mejor.....	1	0
b. podrá completar más cosas.....	1	0
c. podrá avanzar en su vida.....	1	0
d. podrá concentrarse mejor.....	1	0
e. su nivel de energía mejorará.....	1	0
f. podrá pensar más claramente.....	1	0
g. no quiere que sus problemas afecten negativamente a su familia, amigos o hijos.....	1	0
h. su familia, amigos o hijos quieren que usted consiga ayuda para sus problemas.....	1	0
j. quiere evitar tener problemas con otras personas.....	1	0
k. no quiere meterse en problemas.....	1	0

MH6. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en sus comportamientos relacionados con la salud mental? (No pregunte, "Algunas otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

MH7. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en sus comportamientos relacionado con la salud mental?..... |\_|\_|\_|

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%

**no está  
listo(a)  
para hacer  
cambios**

**listo(a)  
para hacer  
cambios**

### SU. Uso de Sustancia

Las siguientes preguntas son sobre su uso de alcohol u otras drogas. Alcohol incluye cerveza, vino, whiskey, gin, escocés, tequila, ron o bebidas mezcladas. "Otras drogas" incluye a) marihuana, b) otras drogas de la calle como crack, heroína, PCP, o poppers, c) inhalantes como goma o gasolina y d) cualquier uso **no médico** de drogas prescritas. Por favor no incluya cualquier droga prescrita que usó bajo las instrucciones de un doctor.

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

Usando la **Tarjeta Q...**

SDScr/ QOLI	SU1. Cuando fue la <b>última</b> 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 sintiendo los efectos del alcohol o las drogas (drogado/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, disminuyera o tuviera problemas con actividades importantes 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 o drogas para dejar de sentirse enfermo o para evitar los problemas de abstinencia (MX: malilla)?.....	4	3	2	1	0
	f. ¿recibió tratamiento, consejería, medicación, manejo de caso o cuidados por su uso de alcohol o <b>cualquier otra droga</b> ? Por favor no incluya visitas salas de emergencia, desintoxicación, auto-ayuda o programas de recuperación.....	4	3	2	1	0

Por favor responda a las siguientes preguntas usando el número de días.

PPI	SU3. <b>Durante los últimos 90 días...</b>	
	a. ¿cuántos <b>días</b> pasaron <b>sin que usara</b> ninguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> [SI 90, PASE A SU5]	Días
	b. ¿cuántos <b>días</b> se emborracho o estuvo drogado ("high") casi todo el día?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días
	c. ¿cuántos <b>días</b> sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días

- PPI SU4. **Durante los últimos 90 días, en cuantos días usted ...**
- a. ¿usó alguna clase de alcohol (*como cerveza, vino, whiskey, ginebra, tequila, ron o cócteles*)?..... |\_\_|\_\_| [SI 0, PASE A SU4c]  
Días
  - b. ¿se emborrachó o tomó 5 tragos o más?..... |\_\_|\_\_|  
Días
  - c. ¿usó marihuana, hachís, “blunts” (cigarro de marihuana, *MX: churro, COL: bareto*) o *THC*?..... |\_\_|\_\_|  
Días
  - d. ¿usó cocaína, opiáceos, metanfetamina u otra droga, incluyendo medicamentos prescritos que no fueron recetados para usted o uno que usted tomó más de lo que debía tomar?..... |\_\_|\_\_| [SI 0, PASE A SU5]  
Días

## SU4. Durante los últimos 90 días, en cuantos días usted...

- e. ¿usó crack, rocas de crack o base de coca? (“freebase”).....|\_|\_|  
Días
- f. ¿usó otras formas de cocaína?.....|\_|\_|  
Días
- g. ¿usó inhalantes?  
(tales como líquido de corrección, gasolina, pega (MX: pegadura,  
resistol), encendedores, pinturas en aerosol o diluyente para pintura).....|\_|\_|  
Días
- h. ¿usó heroína o heroína mezclada con otras drogas?.....|\_|\_|  
Días
- j. ¿usó metadona de la calle o sin receta?.....|\_|\_|  
Días
- k. ¿usó calmantes para el dolor, opioides u otros analgésicos?  
(tales como codeína, Darvocet, Darvon, Demerol, Dilaudid, Karachi,  
OxyContin, Oxys, Percocet, Propoxyphene, morfina, opio, Talwin  
o Tylenol con codeína).....|\_|\_|  
Días
- m. ¿usó PCP o polvo de ángel?  
(polvo cósmico, ozono, chifladura, niebla, combustible de cohete,  
Fenciclidina).....|\_|\_|  
Días
- n. ¿usó ácido, LSD, ketamina, special K, hongos u otros alucinógenos?  
(tales como mezcalina, peyote, psilocibina o “shrooms”).....|\_|\_|  
Días
- p. ¿usó tranquilizantes o drogas para la ansiedad?  
(tales como Ativan, Deprol, Equanil, Diazepam, Klonopin,  
Meprobamate, Librium, Miltown, Serax, Valium o Xanax).....|\_|\_|  
Días
- qa. ¿usó metanfetamina, cristal, “ice”, “glass” u otras formas de methedrine?  
(tales como Desosyn).....|\_|\_|  
Días
- qb. ¿usó “speed”, “uppers” (reanimadores, activadores),  
anfetaminas, éxtasis, MDMA u otros estimulantes  
(tales como MX: tacha, Biphedamine, Benzadrine, Dexedrine o Ritalin)?..|\_|\_|  
Días
- r. ¿usó “downers”, pastillas para dormir, barbitúricos u otros sedantes?  
(tales como MX: rocha, rufis; Dalmane, Donnatal, Doriden,  
Flurazepam, GHB, Halcion, éxtasis líquido, metacualona, Placidyl,  
Quaalude, Secobarbital, Seconal, Rohypnol o Tuinal).....|\_|\_|  
Días
- s. ¿usó alguna otra droga que no se haya mencionado?  
(tales como nitrato de amilo, jarabe para la tos, óxido nitroso,  
Nyquil, poppers o Robitussin) (Por favor describa).....|\_|\_|  
Días
- v. \_\_\_\_\_

SU5. **Durante los últimos 90 días**, en cuantos **días** ha estado en la carcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas? **(Use 0 para ninguno)**.....|\_|\_| [SI 0-12, PASE A SU6a]  
Días

Para ayudarlo a que recuerde el periodo de tiempo para el siguiente grupo de preguntas, saquemos el calendario y como lo hicimos antes señale los últimos 90 días en que estuvo menos de 13 días en la cárcel, hospital u otro lugar donde no podía usar alcohol, marihuana u otras drogas. ¿Recuerda algo que estuviera ocurriendo alrededor de esa fecha (FECHA HACE 90 DÍAS ANTES DE QUE EL PARTICIPANTE ENTRARA A UN AMBIENTE CONTROLADO)?

(INDAGUE POR UN EVENTO ESPECÍFICO COMO ANTERIORMENTE)

Ancla de Registro: v. \_\_\_\_\_

Cuando hablamos de cosas que le ocurrieron durante "esos 90 días en la comunidad" estamos hablando de cosas que ocurrieron desde (ANCLA DE AMBIENTE PRE-CONTROLADA) hasta el tiempo que ingreso en el ambiente controlado.

Por favor responda las siguientes preguntas usando el número de días. **(Use 0 para ninguno)**

SU5. En esos 90 días en la comunidad...

- a. ¿cuántos **días** pasaron **sin que usara** ninguna clase de alcohol, marihuana u otras drogas?.....|\_|\_| [SI 90, PASE A SU6a]  
Días
- b. ¿cuántos **días** se emborracho o estuvo drogrado (“high”) casi todo el día?.....|\_|\_|  
Días
- c. ¿cuántos **días** sus problemas con el uso de alcohol u otras drogas no le dejaron cumplir con sus responsabilidades en el trabajo, escuela o casa?.....|\_|\_|  
Días

<i>Para uso del personal solamente</i>			
<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Uso de Sustancias</b>		<u>Si</u>	<u>No</u>
SU6a.	¿Ha tenido el participante algún problema de uso de sustancias en los últimos 3 meses, como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos SU1a a SU1e?.....	1	0
SU6b1.	¿Reportó el participante problemas de uso de sustancias que interfieren con sus responsabilidades en 1 o más de los últimos 90 días en SU3c?.....	1	0
SU6c1.	¿Reportó el participante borracharse o tomar 5+ tragos en 3 o más de los últimos 90 días en SU4b?.....	1	0
SU6d1.	¿Reportó el participante usar alguna droga ilícita en 1 o más de los últimos 90 días en los puntos SU4c a SU4s?.....	1	0
SU6e1.	¿Reportó el participante tener problemas con el uso de sustancias en 1 ó más de los 90 días previos a encontrarse en un ambiente controlado en el punto SU5c?.....	1	0
SU6f.	¿Desea usted administrar los puntos sobre uso de sustancias? Si usted respondió "sí" en los puntos SU6a a SU6e1, o decide administrar los puntos de uso de sustancias por decisión de la institución o de su personal, codifique "sí".....	1	0

[SI SU6f = 0, PASE A CV1a]

### Razones de Uso de Sustancias

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su **compartamiento** relacionado con su uso de alcohol u otras drogas.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

SU7. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento relacionado con su uso de alcohol y otras drogas porque...

	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. no le gusta cómo le hace(n) sentir.....	1	0
b. quiere un mejor camino para su vida.....	1	0
c. el alcohol u otras drogas le están dañando su cuerpo.....	1	0
d. usted está bajo presión legal para parar su consumo (por ej., a prueba por el sistema judicial, exámenes de drogas, libertad condicional).....	1	0
e. su familia, amigos o hijos quieren que deje de consumir.....	1	0
f. usted quiere mantener a sus hijos consigo.....	1	0
g. no quiere meterse en problemas en su trabajo.....	1	0
h. no quiere meterse en problemas con la ley.....	1	0
j. cuesta demasiado dinero.....	1	0

SU8. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento relacionado con su uso de alcohol u otras drogas? (No pregunte, "Algunas otras?")

v. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

SU9. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en sus comportamientos relacionado con su uso de alcohol u otras drogas?..... |\_|\_|\_|

0%-----20%-----40%-----60%-----80%-----100%  
**no está** **listo(a)**  
para hacer para hacer  
cambios cambios

### CV. Crimen y Violencia

Último mes	Hace 2 a 3 Meses	Hace 4 a 12 Meses	Hace 1+ Años	Nunca
4	3	2	1	0

Las siguientes preguntas son sobre su comportamiento de crimen y violencia.

Usando la **Tarjeta Q...**

CVScr/ QOLI	CV1. Cuando fue la <b>última</b> vez que usted...					
	a. ¿tuvo un desacuerdo en el cual empujó, agarró o sacudió 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 vehículo bajo la influencia del alcohol o de drogas ilegales?....	4	3	2	1	0
	e. ¿intencionalmente dañó o destruyó objetos que no le pertenecían?.....	4	3	2	1	0
	f. ¿estuvo involucrado en el sistema judicial criminal, como la cárcel o prisión, detenido, bajo probatoria, bajo libertad condicional, bajo arresto domiciliario o monitoreado electrónicamente?.....	4	3	2	1	0

Por favor responda la siguiente pregunta usando el número de veces.

QCS	CV4b. ¿Durante los últimos 90 días, cuantas veces ha sido arrestado y acusado de violar la ley? (Por favor no cuente violaciones de tráfico menores.).....	_ _ _ _
		Veces

<i>Para uso del personal solamente</i>			
<b>Puntos de Elegibilidad Razones de Crimen y Violencia</b>		<u>Si</u>	<u>No</u>
CV5a.	¿Ha tenido el participante algún problema con el crimen y la violencia en los últimos 3 meses, como es indicado por al menos una respuesta de 4 ó 3 en los puntos CV1a a CV1e?.....	1	0
CV5c.	¿Desea usted administrar los puntos sobre razones de crimen y violencia? Si usted respondió "sí" en los puntos CV5a o CV5b, o decide administrar los puntos sobre razones de crimen y violencia por decisión de la institución o de su personal, codifique sí.....	1	0

[SI CV5c = 0, PASE A Z1]

**Razones de Crimen y Violencia**

Las siguientes son algunas razones que dan las personas para querer hacer cambios en su compartamiento relacionado con el crimen o violencia.

Por favor, responda sí o no a las siguientes preguntas. Si alguna de las preguntas no le aplica en esta ocasión, por favor responda no.

CV6. Usted quiere hacer cambios en su comportamiento criminal o violento porque...

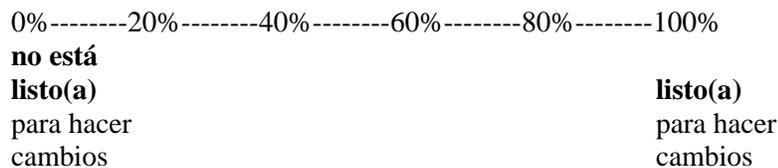
	<u>Si</u>	<u>No</u>
a. no quiere meterse en problemas con la ley (por ej., ir a la cárcel o ser detenido, estar en probatoria).....	1	0
b. su familia o amigos quieren que pare.....	1	0
c. quiere un mejor camino para su vida.....	1	0
d. el crimen y el comportamiento violento son malos.....	1	0

CV7. ¿Cuál es su razón principal o más importante para querer hacer cambios **ahora mismo** en su comportamiento criminal o violento? (No pregunte, "Algunas otras?")

v. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Usando la **Tarjeta F** y contestando desde 0% para "no estoy listo(a)" hasta "100% para "completamente listo(a)"...

CV8. ¿Qué tan listo está usted **ahora mismo** para hacer cambios en su comportamiento criminal o violento?..... |\_|\_|\_|\_|



### Z. Fin

Gracias! Esas son todas las preguntas que tenemos para usted en este momento.

(Por favor escriba la hora en Z1. Si lo completó sin descansar, nosotros determinaremos cuántos minutos le tomó. Si tomó descansos, por favor asegúrese de anotar aproximadamente cuántos minutos en total le tomó hacer esta evaluación. Si continuará con la entrevista otra día, anote el tiempo para el primer día en Z1d y anote el tiempo total en XADMh1a-d.)

- Z1. ¿Que hora es en este momento?.....|\_|\_| : |\_|\_|  
Hora (HH:MM)
- b. ¿Es AM o PM?.....|\_|\_|  
AM/PM
- c. ¿Cuántos descansos tomo hoy?.....|\_|\_|  
Descansos
- d. ¿Sin contar los descansos, cuanto tiempo le tomo terminar esto?..|\_|\_|\_|  
Minutos

Z2. ¿Hay algunos otros asuntos especiales que necesitemos saber para ayudarlo (o ayudarlo a ponerse bajo tratamiento)? ¿Tiene alguna otra pregunta o comentarios?

v1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Para uso del personal solamente*

## XADM. Administración

Por favor documente los siguientes aspectos de como la entrevista fue administrada. Si hay comentarios más detallados en otras áreas en el documento, por favor asegúrese de resumirlos en la sección de comentarios adicionales en XADMj o diga por lo menos donde podemos encontrarlos.

a1.	¿Cómo fueron administradas las preguntas?	<u>Si</u>	<u>No</u>
a.	Auto - administrado.....	1	0
b.	Administrado oralmente por el personal.....	1	0
c.	Administrado oralmente por otros.....	1	0
z.	Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
	v. _____		

a2.	¿Cuál fue el modo de administración?	<u>Si</u>	<u>No</u>
a.	Hecho con pluma y papel.....	1	0
b.	Hecho por computador.....	1	0
c.	Hecho por teléfono.....	1	0
z.	Otro ( <b>Por favor describa</b> ).....	1	0
	v. _____		

b.	¿Cual fue el idioma principal en el cual fue realizado?	
	Inglés usando el GAIN en Inglés.....	1
	Español usando el GAIN en Inglés.....	2
	Español usando el VGNI en Español.....	3
	Otras combinaciones/idiomas ( <b>Por favor describa</b> ).....	99
	v. _____	

c.	¿Hubo algún indicio de que el cliente pudo tener problemas de aprendizaje que podrían haber interferido con su capacidad para responder o participar en el tratamiento o en general, <b>indicios de problemas de desarrollo</b> ?	
	No/ningún.....	0
	Mínimo.....	1
	Moderado.....	2
	Mayor.....	3

e.	¿Existe alguna evidencia de los siguientes <b>comportamientos</b> observados por el participante?	<u>Si</u>	<u>No</u>
1.	Deprimido o retraído.....	1	0
2.	Violento u hostil.....	1	0
3.	Ansioso o nervioso.....	1	0
4.	Aburrido o impaciente.....	1	0
5.	Intoxicado o drogado.....	1	0
6.	En abstinencia.....	1	0
7.	Distraído.....	1	0
8.	Cooperador.....	1	0

*For Staff Use Only*

g. ¿Cuál fue la ubicación del participante durante la evaluación?

- Unidad de Tratamiento..... 1
- Unidad de Admisión Especializada..... 2
- Área Correccional..... 3
- Escuela..... 4
- Lugar de empleo o de trabajo..... 5
- Hogar..... 6
- Oficina de Probatoria o Libertad Condicional..... 7
- Agencia de Asistencia Social o Protección Infantil..... 8
- Oficina o establecimiento de investigación..... 11
- Otro (**Por favor describa**)..... 99

v. \_\_\_\_\_

g1-5. ¿Hubo algún problemas proporcionando un ambiente tranquilo, **privado**?

	<u>Si</u>	<u>No</u>
1. Ruido u otras distracciones frecuentes.....	1	0
2. Atención dividida o interrupciones frecuentes.....	1	0
3. Otras personas presentes o lo suficientemente cerca para escuchar.....	1	0
4. Policía, guardas, trabajadores sociales u otros oficiales presentes.....	1	0
5. Llamada monitorizada o teléfono con altavoz.....	1	0

h1. ¿Fue administrado durante varios días?..... 1 0  
**[SI NO, PASE A XADMj]**

- a. ¿Cuál es la fecha de revisión **final** (mm/dd/yyyy)?..... / /   

Mes
Día
Año
- b. ¿Cuál es el número **total** de descansos a través de **todas** las sesiones y días? (**Incluya "1" para descanso tomado en medio de sesiones múltiples**).....
- c. ¿Cuál es el número **total** de minutos que gastó haciendo la entrevista a través de **todas** las sesiones y días?.....
- d. ¿Cuál es la identificación de la persona [XSID] que **terminó** la entrevista?.....

j. ¿Tiene usted comentarios adicionales sobre la administración de la evaluación o cosas que deben ser consideradas en la interpretación de esta evaluación? **Este seguro de documentar cualquier información colateral crítica que usted pinesa puede considerarse durante la interpretación (o use una referencia cruzada donde se documente).**

v1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_