

Encuesta Epidemiológica de Salud Mental de la Ciudad
de Buenos Aires (EESAME) 2014.

Form. SM 1

BLOQUE DEL HOGAR

Datos de identificación

Comuna N° _____ Zona sanitaria _____ Lote _____ UP _____ Encuesta _____ Hogar n° _____
Calle _____ Nro. _____ Piso _____ Dto. _____ Hab. _____ Torre/Cuerpo _____

Encuestador: _____ Apellido y nombre: | _____ |
Recepcionista: _____ Apellido y nombre: | _____ |
Supervisor: _____ Apellido y nombre: | _____ |

ÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO
DE ENCUESTA

V1 ¿Todas las personas que residen en esta vivienda comparten los gastos de comida?
Si 1
No 2
Total de hogares |__|
➔ **abra otro cuestionario FORM SM 1**

ESM1 ¿En este hogar hay al menos una persona entre 16 y 65 años de edad?
Sí.....1
No.....2 ➔ **confirme la no realización de la entrevista y registre la razón de no entrevista**

Apertura de entrevista

Sí.....1 ➔ Respondiente: N° _____ Nombre: _____
No.....2 Fecha de realización: _____ / _____

RAZÓN POR LA CUAL NO SE REALIZÓ LA ENTREVISTA

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1- Deshabitada | <input type="checkbox"/> 1- Venta o alquiler | <input type="checkbox"/> 2- Sucesión o remate | <input type="checkbox"/> 3- Construcción reciente | <input type="checkbox"/> 4- Sin causa conocida |
| <input type="checkbox"/> 2- Demolida | <input type="checkbox"/> 1- Fue demolida | <input type="checkbox"/> 2- En demolición | <input type="checkbox"/> 3- Levantada | <input type="checkbox"/> 4- Tapiada |
| Viven en otra vivienda la mayor parte... | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3- Fin de semana | <input type="checkbox"/> 1- de la semana | <input type="checkbox"/> 2- del mes | <input type="checkbox"/> 3- del año | |
| <input type="checkbox"/> 4- Construcción | <input type="checkbox"/> 1- Se está construyendo | <input type="checkbox"/> 2- Construcción paralizada | <input type="checkbox"/> 3- Refacción | |
| <input type="checkbox"/> 5- Vivienda usada como establecimiento | <input type="checkbox"/> 1- Conserva comodidad de vivienda | | | |
| <input type="checkbox"/> 6- Variaciones en el listado | <input type="checkbox"/> 1- No existe lugar físico | <input type="checkbox"/> 2- No es vivienda | <input type="checkbox"/> 3- Existen otras viviendas | <input type="checkbox"/> 4- Otro (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> 7- Ausencia | <input type="checkbox"/> 1- No se pudo contactar en tres visitas | <input type="checkbox"/> 2- Por causas circunstanciales | <input type="checkbox"/> 3- Viaje | <input type="checkbox"/> 4- Vacaciones |
| <input type="checkbox"/> 8- Rechazo | <input type="checkbox"/> 1- Negativa rotunda | <input type="checkbox"/> 2- Rechazo por portero eléctrico | <input type="checkbox"/> 3- Se acordaron entrevistas que no se concretaron | |
| <input type="checkbox"/> 9- Otras causas | <input type="checkbox"/> 1- Inquilinato, pensión, hotel, usurpado, conventillo | <input type="checkbox"/> 2- Duelo, alcoholismo, discapacidad, idioma extranjero | <input type="checkbox"/> 3- Problemas de seguridad | <input type="checkbox"/> 4- Inaccesible (Problemas climáticos u otros) |
| | <input type="checkbox"/> 5- Marco general de domicilios | <input type="checkbox"/> 6- (Para marco IHPCT) No Rea de UP | | |
| <input type="checkbox"/> 99- Miembros del hogar fuera de rango de edad | <input type="checkbox"/> 1- No hay miembros del hogar en el rango de edad | | | |

P0	P1	P2	P3A			P3B	P4	P5	L0
Nº de miembro del hogar	Por favor, nómbreme todas las personas que componen este hogar, empezando por el jefe <i>(No se olvide de Usted ni de los bebés y niños)</i>	Sexo Anote código 1- Varón 2- Mujer	Fecha de nacimiento Día Mes Año			¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento? Si tiene menos de un año anote 0	¿Qué parentesco tiene con el jefe? (E-S) Anote código 1 Jefe/a 2 Cónyuge/ Pareja 3 Hijo/a 4 Hijastro/a 5 Yerno o nuera 6 Nieto/a 7 Padre/madre/suegro/a 8 Hermano/a 9 Cuñado/a 10 Sobrino/a 11 Abuelo/a 12 Otro familiar 13 Servicio doméstico y familiares 14 Otro no familiar	<i>Para personas de 14 años y más</i> ¿Actualmente es... (G-S) Anote código 1 unido/a? 2 casado/a? 3 separado/a de unión? 4 viudo/a de unión? 5 divorciado/a? 6 separado/a de matrimonio? 7 viudo/a de matrimonio? 8 soltero/a, nunca casado/a, ni unido/a?	Letra de orden según edad <i>(para personas de 16 a 65 años)</i> Comience con la letra A a partir de la persona de mayor edad y continúe con la letra B y subsiguiente, si fuera necesario
	Nombre o sobrenombre								
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Cantidad de miembros del hogar

(TP) TOTAL DE PERSONAS EN EL RANGO DE EDAD

SELECCIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR A QUIEN SE APLICARÁ EL BLOQUE INDIVIDUAL

Instrucciones para el uso de la tabla: sólo aplicar a personas de **16 a 65 años**

- 1- Ubique a su derecha la tabla para seleccionar la persona a encuestar.
- 2- En la fila superior de la tabla tilde el último dígito del número de encuesta" que se encuentra en la página 1 (uno).
- 3- En la columna "Total de personas en el rango de edad" tilde el Nº que registró en el recuadro (pág. 2).
- 4- Ubique en el cuerpo de la tabla la intersección de fila y columna. Circule la letra asignada y observe en la columna L0 a quién le corresponde esa letra entre las personas listadas.
- 5- Circule el Nº de miembro del hogar correspondiente en la columna P0.
- 6- Transcriba ese número en el casillero **MS** "Nº de miembro seleccionado de 16 a 65 años"

VIVIENDA

Si existe más de un hogar, aplique el bloque vivienda sólo al primero. El segundo hogar pasa a H1

V2 Tipo de vivienda (*observacional*)

- Casa 1
- Departamento 2
- Pieza de inquilinato/conventillo 9
- Pieza de hotel/pensión 10
- Construcción no destinada a vivienda 5
- Otro (*especificar*) 8
- _____

V4 ¿Cuántas habitaciones/ambientes tiene, en total, esta vivienda sin contar baños, cocina/s, garages o pasillos?

Total de habitaciones / ambientes _____

V5 ¿Los pisos interiores son principalmente de... (G-S)

- mosaico / baldosa / madera / cerámica? 1
- cemento / ladrillo fijo? 2
- ladrillo suelto / tierra? 3
- otro material? (*especificar*) 4
- _____

V6 La cubierta exterior del techo, ¿es de... (G-S)

- membrana/cubierta asfáltica? 1
- baldosa/losa sin cubierta? 2
- pizarra/teja? 3
- chapa de metal sin cubierta ? 4
- chapa de fibrocemento/plástico ? 5
- chapa de cartón? 6
- caña/tabla/paja con barro/paja sola? 7
- Es un edificio de departamento 8
- N/S 9

V7 ¿El techo tiene cielorraso/revestimiento interior?

- Sí 1
- No 2

V12 Esta vivienda, ¿dispone de... (G-S)

(*Lea todas las opciones de respuesta hasta obtener una respuesta positiva*)

- inodoro o retrete con descarga de agua (botón, cadena, etc.) a red cloacal pública? 1
- inodoro o retrete con descarga de agua (botón, cadena, etc.) a pozo o cámara séptica? 2
- inodoro o retrete sin descarga de agua (letrina)? 3
- No dispone de inodoro o retrete 4 → a H2

HOGAR	
<div>H1¿El baño es ... (G-S)</div> <div>de uso exclusivo del hogar?..... 1</div> <div>compartido con otro hogar?..... 2</div>	
<div>H2Este hogar, ¿es... (G-S)</div> <div>(Lea todas las opciones de respuesta hasta obtener una respuesta positiva)</div> <div>propietario de la vivienda y el terreno?..... 1</div> <div>propietario de la vivienda solamente?..... 2</div> <div>inquilino o arrendatario?.....3</div> <div>ocupante en relación de dependencia/por trabajo?..... 4</div> <div>ocupante por préstamo, cesión, o permiso gratuito (sin pago)?.....5</div> <div>ocupante de hecho de la vivienda?.....6</div> <div>otro (especificar)7</div> <div>_____</div>	
<div>H3¿Cuántas habitaciones/ ambientes son de uso exclusivo de este hogar?</div> <div>Total de habitaciones/ ambientes de uso exclusivo _____ </div>	
<div>IT1¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar?</div> <div>(Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimento, etc.)</div> <div>Monto\$ <div></div> → Pase a Filtro 1</div> <div>(Sin ingresos, consigne 0)</div> <div>Ns/Nc <div></div> →</div>	<div>IT2¿Me podría indicar en cuál de estos tramos se ubica el ingreso mensual de su hogar? (Incluya ingresos provenientes del trabajo, jubilaciones, rentas, seguros de desempleo, becas, cuotas de alimentos, etc.) Entregue al entrevistado la TARJETA 1</div> <div><div><div>\$1 a \$3.400_____ 1</div><div>\$3.401 a \$5.400_____ 2</div><div>\$5.401 a \$6.800_____ 3</div><div>\$6.801 a \$8.600_____ 4</div><div>\$8.601 a \$10.000_____ 5</div></div><div><div>\$10.001 a \$12.400_____ 6</div><div>\$12.401 a \$15.400_____ 7</div><div>\$15.401 a \$19.400_____ 8</div><div>\$19.401 a \$26.200_____ 9</div><div>\$26.201 y más_____10</div></div></div>
<div>FILTRO 1: si el número de miembro seleccionado P0 de 16 a 65 años es igual a 1 (jefe) pase a bloque individual</div> <div>si es igual o mayor a 2 (no jefe) continúe con Situación laboral del jefe del hogar</div>	

SITUACIÓN LABORAL DEL JEFE/JEFA DEL HOGAR (JH)			
JHT1	¿La semana pasada _____ trabajó por lo menos una hora?	Sí..... 1 No..... 2	→ a JHT44
JHT2	En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó algo en su casa para vender, ayudó a un familiar /amigo en su negocio?	Sí..... 1 No..... 2	→ a JHT44
JHT3	¿La semana pasada ... (G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	no deseaba, no quería trabajar?..... 1 no podía trabajar por razones personales? <i>(estudio, cuidado hogar, etc.)</i> 2 no tuvo pedidos/clientes?..... 3 no tenía trabajo y quería trabajar?..... 4 tenía un trabajo/negocio al que no concurría?..... 5	→ a Bloque individual → a JHT9
JHT4	¿No concurría a su trabajo por... (G-S)	licencia, vacaciones o enfermedad?..... 1 otras causas personales (viajes, trámites, etc.)?..... 2 huelga o conflicto laboral?..... 3 suspensión de un trabajo en relación de dependencia?..... 4 otras causas laborales (rotura de equipo, falta de materias primas, mal tiempo, etc?)..... 5	→ a JHT44 → a JHT6
JHT5	¿Le siguen pagando durante la suspensión?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 3	→ a JHT44 → a JHT9
JHT6	¿Volverá a ese trabajo a lo sumo en un mes?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 3	→ a JHT44 → a JHT9
JHT9	Durante los últimos 30 días , ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?	Sí..... 1 No..... 2	→ a Bloque individual
JHT10	Durante esos 30 días , ¿hizo algo para instalarse por su cuenta/puso carteles/consultó con parientes, amigos?	Sí..... 1 No..... 2	→ a Bloque individual
JHT11	¿No buscó trabajo (ni hizo algo para trabajar) porque...(G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	tenía un trabajo asegurado?..... 1 está suspendido y espera ser llamado?..... 2 se cansó de buscar trabajo?..... 3 por otras razones <i>(especificar)</i> ?..... 4 _____	→ a Bloque individual
JHT44	¿Ese trabajo _____ lo hace... (G-S)	para su propio negocio/empresa/actividad?..... 1 para el negocio/empresa/actividad de un familiar?... 2 o para un patrón/empresa/institución?..... 3	→ a JHT46 → a JHT49

SITUACIÓN LABORAL DEL MIEMBRO DEL HOGAR SELECCIONADO			
T1	¿La semana pasada trabajó por lo menos una hora?	Sí..... 1 No..... 2	→ a T44
T2	En esa semana, ¿hizo alguna changa, fabricó en su casa algo para vender, ayudó a un familiar/amigo en su negocio?	Sí..... 1 No..... 2	→ a T44
T3	¿La semana pasada.... (G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	no deseaba, no quería trabajar?..... 1 no podía trabajar por razones personales? <i>(estudio, cuidado hogar, etc.)</i> 2 no tuvo pedidos/clientes?..... 3 no tenía trabajo y quería trabajar?..... 4 tenía un trabajo o negocio al que no concurrió?..... 5..	→ a SN15a → a T9
T4	¿No concurrió a su trabajo por.... (G-S)	licencia, vacaciones o enfermedad?..... 1 otras causas personales (viajes, trámites, etc.)?..... 2 huelga o conflicto laboral?..... 3 suspensión de un trabajo en relación de dependencia?..... 4 otras causas laborales (rotura de equipo, falta materias primas, mal tiempo, etc.)?..... 5	→ a T44 → a T6
T5	¿Le siguen pagando durante la suspensión?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 3	→ a T44 → a T9
T6	¿Volverá a ese trabajo a lo sumo en un mes?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe..... 3	→ a T44 → a T9
T9	Durante los últimos 30 días , ¿estuvo buscando trabajo de alguna manera?	Sí..... 1 No..... 2	→ a SN15a
T10	Durante esos 30 días , ¿hizo algo para instalarse por su cuenta/puso carteles/consultó con parientes, amigos?	Sí..... 1 No..... 2	→ a SN15a
T11	¿No buscó trabajo (ni hizo algo para trabajar) porque... (G-S) <i>(Primero lea todas las opciones y luego marque la respuesta)</i>	tenía un trabajo asegurado?..... 1 está suspendido y espera ser llamado?..... 2 se cansó de buscar trabajo?..... 3 por otras razones <i>(especificar)</i> ?..... 4 _____	→ a SN15a
T44	¿Ese trabajo lo hace... (G-S)	para su propio negocio/empresa/actividad?..... 1 para el negocio/empresa/actividad de un familiar?... 2 o para un patrón/empresa/institución?..... 3	→ a T46 → a T49

T45	¿Por ese trabajo... (G-S)	le pagan sueldo (en dinero/especie)?..... 1 retira dinero?..... 2 no le pagan ni retira dinero?..... 3	→ a T49 → a T30
T46	En ese negocio/empresa/actividad, ¿se emplean personas asalariadas?	Sí, siempre..... 1 Solo a veces o por temporadas..... 2 No emplea ni contrata personal..... 3	→ a T30
T49	¿Ese trabajo tiene tiempo de finalización?	Sí (temporario, contrato por obra, etc.)..... 1 No (permanente, fijo, estable, etc.)..... 2 Ns/Nc..... 3	
T51	¿En ese trabajo... (G-S)	le descuentan para la jubilación?..... 1 aporta por si mismo para la jubilación?..... 2 no le descuentan ni aporta?..... 3	
T29b	¿Cuántas horas semanales trabaja habitualmente en todos sus empleos/ocupaciones?	Menos de 35 horas semanales..... 1 Entre 35 y 45 horas semanales..... 2 Más de 45 horas semanales..... 3	
T29c	¿Quiere trabajar más horas?	Sí..... 1 No..... 2	
ESTRES LABORAL			
T30	Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Ud. el nivel de estrés de su trabajo según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante):		
	1 Nada estresante 2... 3... 4... 5... 6... 7 Muy estresante 8 No sabe 9 No contesta		
T31	Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio):		
	1 Nada satisfactorio 2... 3... 4... 5... 6... 7 Muy satisfactorio 8 No sabe 9 No contesta		

SITUACIÓN DE SALUD

SN15A A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud, ¿padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades crónicas? (G-M)

1 Presión alta	Sí1	No.....2
2 Infarto en el corazón	Sí1	No.....2
3 Otras enfermedades del corazón	Sí1	No.....2
4 Várices en las piernas	Sí1	No.....2
5 Artrosis, artritis o reumatismo	Sí1	No.....2
6 Dolor de espalda crónico (cervical)	Sí1	No.....2
7 Dolor de espalda crónico (lumbar)	Sí1	No.....2
8 Alergia crónica (asma alérgica excluida)	Sí1	No.....2
9 Asma	Sí1	No.....2
10 Bronquitis crónica, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Sí1	No.....2
11 Diabetes	Sí1	No.....2
12 Úlcera de estómago o duodeno	Sí1	No.....2
13 Incontinencia	Sí1	No.....2
14 Colesterol alto	Sí1	No.....2
15 Cataratas	Sí1	No.....2
16 Problemas crónicos de piel	Sí1	No.....2
17 Constipación crónica	Sí1	No.....2
33 Cirrosis, disfunción hepática	Sí1	No.....2
18 Depresión crónica	Sí1	No.....2
29 Ansiedad crónica	Sí1	No.....2
30 Otros problemas mentales	Sí1	No.....2
19 Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral (ACV)	Sí1	No.....2
20 Dolor de cabeza fuerte	Sí1	No.....2
21 Hemorroides	Sí1	No.....2
22 Tumores malignos	Sí1	No.....2
23 Osteoporosis	Sí1	No.....2
25 Problemas de tiroides	Sí1	No.....2
26 Problemas de próstata (<i>sólo para hombres</i>)	Sí1	No.....2
27 Problemas del período menopáusico (<i>sólo para mujeres</i>)	Sí1	No.....2
31 Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente	Sí1	No.....2
28 ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad crónica?	Sí1	No.....2
(especificar) _____		

IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTAD DE LARGO PLAZO	
MD1 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para caminar, subir o bajar escalones?	SÍ..... 1 No..... 2
MD2 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para mover uno o los dos brazos o las manos?	SÍ..... 1 No..... 2
MD3 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para agarrar objetos y/o sostener peso con una o las dos manos?	SÍ..... 1 No..... 2
MD4 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado?	SÍ..... 1 No..... 2
MD5 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para ver, aún con anteojos o lentes puestos?	SÍ, es ciego..... 1 SÍ, tiene disminución visual..... 2 No..... 3
MD6 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para oír, aún usando audífonos o aparatos?	SÍ, es sordo..... 1 SÍ, tiene disminución auditiva... 2 No..... 3
MD7 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para hablar o comunicarse, aún usando lengua de señas? <i>(Entender lo que dice otra persona o que otra persona entienda lo que Ud. esta diciendo)</i>	SÍ..... 1 No..... 2
MD8 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para entender o aprender indicaciones sencillas? <i>(Memorizar, comprender, reproducir y/o ejecutar indicaciones de distinta índole, por ejemplo: cómo llegar a un lugar nuevo). (Pueden ser consideradas aquí las personas con Síndrome de Down o con cualquier otra deficiencia mental o intelectual)</i>	SÍ..... 1 No..... 2
MD9 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para concentrarse y/o recordar cosas que le interesan?	SÍ..... 1 No..... 2
MD10 ¿Tiene Ud. alguna dificultad de largo plazo para atender por si mismo su cuidado personal, como lavarse o vestirse o comer?	SÍ..... 1 No..... 2
MD11 ¿Tiene Ud. alguna otra dificultad de largo plazo para realizar actividades que no le mencioné?	SÍ <i>(especificar)</i>1 _____ No..... 2
D2 ¿Tiene Certificado de Discapacidad (CUD)?	SÍ..... 1 No..... 2 Está en trámite..... 3

Ahora nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas indicando la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado.

Es importante que intente contestar todas las preguntas.

Entrevistador/a, léale al informante: **“Voy a entregarle una tarjeta con las preguntas sobre la frecuencia con la que se ha sentido o encontrado como dice cada pregunta. Cuando le pregunte, dígame sólo el número de su respuesta. Tenga en cuenta que las respuestas no son iguales para todas las preguntas”.**

(Entregue la Tarjeta 2. Lea una a una cada pregunta y registre el número de la respuesta dada por el entrevistado)

Entrevistador/a, el concepto “últimas semanas” lo debe interpretar el informante como desee.

	0	1	2	3	8	9
1 ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	Mejor que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
2 ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
3 ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	Más útil que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos útil que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
4 ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
5 ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
6 ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
7 ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
8 ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?	Más capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos capaz que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
9 ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
10 ¿Ha perdido confianza en si mismo?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
11 ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto <input type="radio"/>	No más que lo habitual <input type="radio"/>	Algo más que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho más que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>
12 ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más que lo habitual <input type="radio"/>	Igual que lo habitual <input type="radio"/>	Menos que lo habitual <input type="radio"/>	Mucho menos que lo habitual <input type="radio"/>	No sabe <input type="radio"/>	No contesta <input type="radio"/>

SALUD MENTAL

SN19 En el último mes, ¿ha tenido algún problema emocional o nervioso?

Sí..... 1

No..... 2

No sabe..... 8

No contesta..... 9

→ a **SN25a**

SN20 En el último mes, ¿ha realizado una consulta para diagnosticar o tratar éste o algún otro problema emocional o nervioso? (G-S)

Sí, realizó una consulta o tratamiento..... 1

No realizó consulta ni tratamiento..... 2

No sabe..... 8

No contesta..... 9

→ a **SN24**

SN21 La consulta o el tratamiento que ha realizado en el último mes debido a problemas emocionales o nerviosos, ¿la realizó con un(G-M)

1 psicólogo? Sí1 No.....2 No sabe.....8 No contesta.....9

2 médico psiquiatra? Sí1 No.....2 No sabe.....8 No contesta.....9

3 médico clínico? Sí1 No.....2 No sabe.....8 No contesta.....9

4 médico de otra especialidad? Sí1 No.....2 No sabe.....8 No contesta.....9

SN22 ¿Dónde realizó la consulta o tratamiento (la última consulta si hizo más de una)? (G-S)

En un centro de salud o sala de salud (público).....1

En un consultorio de un hospital público..... 2

En la sala de guardia de un hospital público..... 3

En un consultorio del Programa Cobertura
Porteña de Salud / Plan Médicos de Cabecera
del GCBA..... 4

En un establecimiento de obra social..... 5

En un establecimiento privado..... 6

En un consultorio particular..... 7

En otro lugar..... 9

(especificar) | _____

SN23 La consulta o el tratamiento que ha realizado en el último mes debido a problemas emocionales o nerviosos, ¿incluyó el uso de psicofármacos? *(por ejemplo tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo)* (E-S)

Sí.....	1	} → a SN25b
No.....	2	
No sabe.....	8	
No contesta.....	9	

SN24 ¿Por qué motivo no consultó ni hizo tratamiento? *(indique el motivo principal)* (G-S)

El problema no le parecía tan importante.....	1
Quiso esperar y ver si el problema mejoraba por si solo...	2
No cree que un profesional pueda ayudarlo.....	3
Desconocía dónde ir.....	4
El lugar de atención queda muy lejos.....	5
Falta de tiempo.....	6
Falta de dinero.....	7
No lo cubría la obra social o prepaga.....	8
Pidió turno y todavía no lo atendieron.....	9
Pidió turno pero no fue porque demoraba mucho tiempo.....	10
Pidió turno pero no había.....	11
Otra razón (especificar)	12
.....	
No sabe.....	88
No contesta.....	99

SN25a ¿Alguna vez tomó medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos (Valium, Lexotanil, Alplax, Rivotril o similares), estabilizadores del ánimo?

Sí.....	1	} → a SN26a
No	2	
No sabe	8	
No contesta	9	

SN25b Esos medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, ¿los tomó... (G-S)

con receta de un médico?.....	1	} → a SN25d
por su cuenta?.....	2	
No sabe	8	
No contesta.....	9	

SN25c ¿Quién se los recetó? (G-S)

Médico psiquiatra.....	1	} → a SN26a
Médico clinico	2	
Médico de otra especialidad	3	
No sabe	8	
No contesta.....	9	

SN25d	¿Esos medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, los ha tomado en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN25f
SN25e	¿Esos medicamentos, como tranquilizantes, pastillas para dormir, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, los ha tomado en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN25f	¿Alguna vez el consumo de una o varias de las sustancias mencionadas le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN26a	¿Ha fumado usted cigarrillos alguna vez en la vida?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN27a
SN26b	¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN26d
SN26c	¿Ha fumado algún cigarrillo en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN26d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN27a	¿Ha consumido alguna bebida alcohólica, como por ejemplo vino, cerveza, whisky, fernet o similares, alguna vez en la vida?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9	} → a SN28a

SN27b ¿Ha tomado alguna de estas bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN27d
SN27c ¿Ha tomado alguna de estas bebidas alcohólicas en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN27d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN28a ¿Alguna vez probó marihuana?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN29a
SN28b ¿Ha consumido marihuana en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN28d
SN28c ¿Ha consumido marihuana en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN28d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN29a ¿Alguna vez probó cocaína?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN30a

SN29b	¿Ha consumido cocaína en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN29d
SN29c	¿Ha consumido cocaína en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN29d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN30a	¿Alguna vez probó paco o pasta base?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN31a
SN30b	¿Ha consumido paco o pasta base en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN30d
SN30c	¿Ha consumido paco o pasta base en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN30d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN31a	¿Alguna vez probó sustancias como pegamento o similares para inhalar o aspirar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN32a
SN31b	¿Ha consumido inhalables en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN31d

SN31c	¿Ha consumido inhalables en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN31d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN32a	¿Alguna vez probó éxtasis u otras drogas de diseño?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN33a
SN32b	¿Ha consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN32d
SN32c	¿Ha consumido éxtasis u otras drogas de diseño en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN32d	¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	
SN33a	¿Alguna vez consumió alucinógenos? (como LSD, ácido, ketamina u otros)	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN34a
SN33b	¿Ha consumido alucinógenos en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	→ a SN33d
SN33c	¿Ha consumido alucinógenos en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No..... 2 No sabe 8 No contesta 9	

SN33d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34a ¿Alguna vez consumió opiáceos o anestésicos? (como heroína, codeína, klosidol u otros)	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34b ¿Ha consumido opiáceos en los últimos 12 meses?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34c ¿Ha consumido opiáceos en los últimos 30 días?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
SN34d ¿Alguna vez el consumo de esta sustancia mencionada le ha traído problemas o consecuencias en su salud, en su educación, en su vida laboral, en su vida social o en su vida familiar?	Sí..... 1 No 2 No sabe 8 No contesta 9					
Visitas para completar los cuestionarios						
Visita N°	Fecha	Hora	Código	Hogar*	Individual*	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
*Marque con una X						
DATOS						
TEL. ¿Podría usted proveer un número de teléfono de contacto por si es necesario confirmar o clarificar alguna de las preguntas? Teléfono fijo: _____ Teléfono móvil: _____						
FIN DEL CUESTIONARIO						

