

## INVENTARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y DE SERVICIOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES (CSSRI-EU)

### Estudio EU BIOMED de Necesidades y Costes de la Esquizofrenia QUATRO

Centro:  Número del paciente:     Fecha:   /   /    
d d m m a a

**Evaluación** (marque una)  Basal  Seguimiento a los 12 meses

#### 1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

1.1 Fecha de nacimiento	Fecha	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <small style="margin-left: 100px;">d d m m a a</small>
1.2 Sexo	1 Femenino 2 Masculino	<input type="checkbox"/>
1.3 Estado civil <i>(desde el punto de vista legal)</i>	1 Soltero 2 Casado 3 Separado 4 Divorciado 5 Viudo 9 Desconocido	<input type="checkbox"/>
1.4 Grupo étnico <i>(ver el manual)</i>	Grupo étnico	<u>Blanco Europeo</u>
1.5 País de nacimiento	País	_____
1.6 Lengua madre	1 Idioma nacional 2 Otro idioma (pero tiene buen conocimiento del idioma nacional) 3 Otro idioma (tiene <b>escaso</b> o <b>nulo</b> conocimiento del idioma local)	<input type="checkbox"/>
1.7 Número de años de escolarización en enseñanza básica	Número de años	<input type="text"/> <input type="text"/>
1.8 Máximo nivel académico alcanzado	1 Estudios primarios o menos 2 Educación secundaria 3 Terciaria o más avanzada 4 Otra educación general 9 Desconocido	<input type="checkbox"/>

1.9 ¿Está estudiando en la actualidad?

(Marque todas las casillas apropiadas)

<input type="checkbox"/>	Formación profesional (< 1 año)	
<input type="checkbox"/>	Formación profesional (> 1 año)	
	Cualificación de tercer nivel / diploma	<input type="checkbox"/>
	Titulación universitaria (pregrado)	<input type="checkbox"/>
	Titulación universitaria (postgrado)	<input type="checkbox"/>
	Otra formación profesional	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	No aplicable	

## 2. ALOJAMIENTO

2.1 ¿Dónde vive actualmente?

1	Vive solo (+/- hijos)	
2	Con la esposa/o (+/- hijos)	
3	Vive en pareja	
4	Vive con los padres	
5	Vive con otros familiares	
6	Vive con otros	
9	Desconocido	<input type="checkbox"/>

2.2 ¿Qué tipo de alojamiento es?  
(Ver las definiciones en el manual)

<u>Particular / Familiar</u>	1 Casa o piso de su propiedad	
	2 Casa o piso alquilado	
	3 Piso alquilado que pertenece a los servicios sociales, ayuntamiento, etc.	
<u>Comunitario (no hospital)</u>	4 Residencia nocturna, personal 24 horas	
	5 Residencia nocturna, personal no durante 24 horas	
	6 Residencia nocturna sin personal	
<u>Hospital</u>	7 Unidad psiquiátrica de agudos	
	8 Unidad psiquiátrica de rehabilitación	
	9 Unidad de crónicos	
	10 Hospital general	
	11 Sin hogar (homeless)	<input type="checkbox"/>
	12 Otros _____	<input type="checkbox"/>

2.3 Si es un domicilio particular:

¿Cuántos adultos viven ahí?  
(mayores de 18 años)

¿Y cuántos niños?  
(menores de 18 años)

Número de adultos

Número de niños

**Nota: Si reside en un alojamiento comunitario o en un hospital:**

Complete la última hoja del cuestionario **tras finalizar** la entrevista

2.4 ¿Ha vivido en algún otro lugar durante los últimos 3 meses?

1 Sí  
2 No

Si la respuesta es afirmativa, complete esta tabla:

Tipo de Alojamiento (ver códigos en el ítem 2.2)	Número de días en los últimos 3 meses

### 3. ACTIVIDAD LABORAL E INGRESOS

3.1 ¿Cuál es su situación laboral?

1 Empleado o autónomo  
2 Voluntariado  
3 Empleo protegido  
4 Desempleado  
5 Estudiante  
6 Ama de casa  
7 Jubilado  
8 Otra \_\_\_\_\_

3.2 Si está empleado, señale su ocupación:  
(ver las definiciones en el manual)

1 Ejecutivo / administrador  
2 Profesional (*sanidad, enseñanza, docencia etc.*)  
3 Profesional asociado (*enfermería, técnicos, etc.*)  
4 Secretariado, recepcionista  
5 Trabajador cualificado (*albañil, electricista, etc.*)  
6 Servicios / ventas  
7 Trabaja en una fábrica (no cualificado)  
8 Otra \_\_\_\_\_

¿Cuántos días ha estado de baja laboral debido a alguna enfermedad durante los últimos 3 meses?

Días ausente del trabajo

3.3 Si está desempleado:

Número de semanas desempleado durante los últimos 3 meses

Número de semanas

3.4 ¿Recibe algún tipo de pensión o ayuda económica?

Sí = 1, No = 2

**Si la respuesta es afirmativa:**

¿qué tipo de ayuda recibe?:

(Marque todos los recuadros que sean apropiados)

**Categorías internacionales**

Desempleado / ayudas

Enfermedad / discapacidad

Alojamiento

Otras ayudas

**Variantes nacionales**

Ayudas económicas   
Pensión búsqueda empleo

Pensión discapacidad   
Pensión de enfermedad

Ayuda para alojamiento

Pensión del estado   
Ayuda por hijos

3.5 ¿Cuál es su principal fuente de ingresos?

- 1 Salario / Desempleo  
2 Ayuda estatal  
3 Pensión  
4 Ayuda de la familia  
5 Otra

3.6 ¿Cuáles son sus ingresos **brutos** totales, teniendo en cuenta todas las fuentes de ingresos [en euros (pesetas)]? (Nota: si no se conocen los ingresos brutos, utilice los netos)

<u>Semanales</u>	<u>Mensuales</u>	<u>Anuales</u>	
1 < 52 (< 8.645)	1 < 208 (< 34.585)	1 < 2.491 (< 415.000)	
2 52 – 129 (8.645 – 21.562)	2 208 – 518 (34.586 – 86.250)	2 2.491 – 6.212 (415.000 – 1.035.000)	Ingresos brutos <input type="checkbox"/>
3 129 – 351 (21.563 – 58.437)	3 518 – 1.403 (86.251 – 233.750)	3 6.212 – 16.837 (1.035.001 – 2.805.000)	<b>O</b>
4 351 – 572 (58.438 – 95.312)	4 1.403 – 2.288 (233.751 – 381.250)	4 16.837 – 27.461 (2.805.001 – 4.575.000)	Ingresos netos <input type="checkbox"/>
5 > 572 (> 95.313)	5 > 2.288 (> 381.250)	5 > 4.575.000	

#### 4. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

4.1 Señale, por favor, cualquier utilización de los siguientes **servicios hospitalarios** a lo largo de los últimos 12 meses

(Nota: 1) por favor, señale "0" si el servicio no ha sido utilizado; 2) ver las definiciones en el manual)

Servicio	Admisiones	Número de días de ingreso (en los últimos 12 meses)
Planta psiquiátrica de agudos		
Planta de rehabilitación psiquiátrica		
Planta de psiquiátrica de crónicos		
Urgencias / Centros de crisis		
Planta de medicina general		

Otras _____		
-------------	--	--

4.2 Indique cualquier uso de **servicios hospitalarios ambulatorios** a lo largo de los últimos 3 meses

(Nota: 1) por favor, señale "0" si el servicio no ha sido utilizado; 2) ver las definiciones en el manual)

Servicio	Unidad de medida	Número de veces que se utilizó (en los últimos 3 meses)
Visita psiquiátrica ambulatoria	Cita	
Otras visitas ambulatorias al hospital (accidentes, urgencias etc.)	Cita	
Hospital de día	Días de asistencia	
Otras _____		

4.3 Indique cualquier uso de **servicios de día comunitarios** a lo largo de los últimos 3 meses (Nota: 1) por favor, señale "0" si el servicio no ha sido utilizado; 2) ver las definiciones en el manual)

Servicio	Número de visitas	Duración media de la visita
Centro de salud mental comunitario		
Centro de día		
Terapia de grupo		
Talleres de trabajo protegido		
Educación especializada		
Otras _____		

4.4 Indique cualquier uso de **servicios de atención primaria** a lo largo de los últimos 3 meses?

(Nota: 1) por favor, señale "0" si el servicio no ha sido utilizado; 2) ver las definiciones en el manual)

Servicio	Sector: 1 = público 2 = voluntariado 3 = privado	Número total de contacto en los últimos 3 meses	Duración media del contacto (minutos)
Psiquiatra			
Psicólogo			
Médico de atención primaria			
Enfermería distrito			
Enfermería psiquiátrica comunitaria			
Asistente social			
Terapia ocupacional			

Asistencia Domiciliaria			
Otro _____			
Otro _____			

4.5 Durante los últimos 3 meses, ¿Ha estado el paciente en contacto con los servicios de justicia criminal? Si = 1; No = 2

**En caso afirmativo:** ¿Cuántos contactos tuvo con la policía? Número de contactos   
(Nota: un contacto es una entrevista o estar durante varias horas, pero no toda la noche)

¿Cuántas noches ha pasado en comisarías de policía o en prisión? Noches

¿Cuántas evaluaciones psiquiátricas mientras estaba bajo custodia? Evaluaciones

¿Cuántas comparecencias en juicios (criminales o civiles)? Penal   
 Civiles

## 5. CONSUMO DE FÁRMACOS

5.1 Escriba, por favor, a continuación todos los fármacos utilizados durante los últimos tres meses:

Fármaco	Presentación (si se conoce)	Frecuencia de la dosis	Depot (1 = Sí; 0 = No)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Frecuencia de la dosis	
3 veces al día	1
2 veces al día	2
1 vez al día	3
Semanalmente	4
Cada 2 semanas	5
Mensualmente	6

## 6. ATENCIÓN/CAUIDADO INFORMAL

CSSRI -EU (QUATRO

study)

- 6.1. En los últimos tres meses, ¿ha recibido ayuda de **amigos o familiares** en alguna de las siguientes tareas/actividades, como consecuencia de sus problemas de salud mental?

<b>Tipo de ayuda</b>	<b>Rodée</b>	<b>Ayuda media en horas a la semana</b>
Cuidado de los hijos <i>(rodée "No" si el entrevistado no tiene hijos)</i>	No    Sí	
Cuidado personal <i>(p.ej. lavarse, vestirse, etc.)</i>	No    Sí	
Ayuda en las tareas domésticas <i>(p.ej. cocinar, limpiar, etc.)</i>	No    Sí	
Ayuda fuera de casa <i>(p.ej., la compra, el transporte, etc.)</i>	No    Sí	
Otras _____	No    Sí	

**Muchas gracias por su colaboración**

**INVENTARIO SOCIODEMOGRAFICO Y DE SERVICIOS UTILIZADOS  
POR LOS PACIENTES (CSSRI-EU)**

**Estudio EU BIOMED de Necesidades y Costes de la Esquizofrenia  
QUATRO**

**DETALLES DEL ALOJAMIENTO HOSPITALARIO O  
COMUNITARIO**

Centro  Número del paciente  Fecha //  
d d m m a a

***Nota:** Esta página se debería completar lo antes posible después de la entrevista con el paciente. La mejor fuente de información probablemente sea un trabajador o un gerente/administrador del servicio.*

1. ¿Cuántas camas/plazas de la unidad hospitalaria o residencia están actualmente  
a) disponibles y b) ocupadas? Camas/plazas disponibles   
Camas/plazas ocupadas

2. Por favor, complete la siguiente tabla sobre el personal (*ver el manual*):

<b>Categoría del personal asistencial</b> <i>(Nota: sólo una categoría por cada miembro del personal)</i>	<b>Número de puestos "equivalentes a tiempo completo"</b>	<b>Coste anual total de la categoría de personal asistencial</b>
Personal con un título médico		
Personal con un título en Psicología		
Personal con un título en Enfermería		
Personal con un título en Asistente Social		
Personal sin ningún título de asistencia		
Puestos vacantes de personal asistencial		
<b>Todas las categorías del personal asistencial (total)</b>		

3. ¿Cuál es el coste recurrente anual del servicio, excluyendo el personal asistencial? Coste total al año € \_\_\_\_\_  
*(Incluir el servicio de comidas, limpieza, etc., pero excluir el alquiler y los costes capitales; Ver el manual)*

4. ¿Cuál es el coste/precio medio semanal o cuota por plaza/cama? Precio por semana €   
*(Ver el manual para la definición)*



5. ¿Quién contribuye al coste total de este alojamiento?  
(Marque todas las casillas apropiadas)

Gobierno nacional (servicio de salud/seguro

Gobierno local

Organización voluntaria/caridad

Organización/compañía privada

Private individual