



## ENCUESTA SOBRE CONSUMO DE TABACO DE LA RED DE CENTROS SANITARIOS LIBRES DE TABACO DE LA REGIÓN DE MURCIA Cuestionario confidencial

**P1. Área de Salud :** .....

**P2. Centro sanitario:**.....

**P3. Edad:** |\_\_\_| años

**P4. Sexo:** 1. Mujer..... 2. Hombre.....

**P5. Colectivo al que pertenece**

1. Medicina ..... 2. Enfermería ..... 3. Auxiliar de enfermería y técnico...  
 4. Administrativo ..... 5. Otras profesiones. Especificar.....

**P6 Actualmente, ¿usted fuma?**

1. Sí, fumo diariamente..... → **P11**  
 2. Sí, fumo ocasionalmente (no todos los días)..... → **P11**  
 3. No, no he fumado nunca..... → **P23**  
 4. No, soy ex fumador/a (menos de 6 meses) ..... → **P6.1**  
 5. No, soy ex fumador/a (de 6 meses o más) ..... → **P6.1**

**P6.1 Que recursos o servicios ha utilizado para dejar de fumar (respuesta múltiple)**

1. Servicio de ayuda proporcionado por el hospital..... 2. Centro de Atención Primaria .....  
 3. Ayuda telefónica o vía Internet..... 4. Ayuda de la farmacia .....  
 5. Centro de Atención a Drogodependencias (CAD).... 6. Otras. Especificar.....

**P7. ¿Qué cantidad de tabaco fumaba diariamente antes de dejarlo?**

- 7.1 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarrillos  
 7.2 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarrillos de liar  
 7.3 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarros puros  
 7.4 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| pipas  
 7.5 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarrillos electrónicos (cartuchos /unidades de recarga)  
 7.6 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| tabaco sin combustión (unidades)

**P8. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente?** |\_\_\_| años.

**P9. ¿A qué edad abandonó el consumo de tabaco?** |\_\_\_| años.

**P10. ¿Cuántas veces usted había intentado dejar de fumar?** |\_\_\_| Intentos → **P23**

**P11. ¿Qué cantidad de tabaco fuma diariamente?**

- 11.1 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarrillos  
 11.2 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarrillos de liar  
 11.3 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarros puros  
 11.4 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| pipas  
 11.5 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cigarrillos electrónicos (cartuchos/ unidades de recarga)  
 11.6 |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| tabaco sin combustión (unidades)

**P12. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente?** |\_\_\_| Años

**P13. ¿Cuándo fuma el primer cigarro/puro/pipa del día?**

1. < 5 minutos después de levantarse   
 2. 6-30 minutos después de levantarse   
 3. 31-60 minutos después de levantarse   
 4. >60 minutos después de levantarse



**P14. ¿Fuma alguna vez en alguna de las siguientes zonas del centro sanitario?** [Posibilidad de respuesta múltiple].

- |                                                                         |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. En mi mesa de trabajo/consulta o similar... <input type="checkbox"/> | 2. En las salas de reunión..... <input type="checkbox"/> |
| 3. En las salas de comedor-cafetería..... <input type="checkbox"/>      | 4. En los pasillos..... <input type="checkbox"/>         |
| 5. En el ascensor ..... <input type="checkbox"/>                        | 6. En los aseos..... <input type="checkbox"/>            |
| 7. En el exterior del Centro Sanitario ..... <input type="checkbox"/>   | 8. En otros lugares..... <input type="checkbox"/>        |
| 9. No fumo en el recinto sanitario..... <input type="checkbox"/>        |                                                          |

**P15. ¿Cree que dentro de cinco años fumará?**

- |                                                         |                                                     |                                                       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. Sí, con toda seguridad .... <input type="checkbox"/> | 2. Sí, probablemente ..... <input type="checkbox"/> | 3. No, probablemente no..... <input type="checkbox"/> |
| 4. Con toda seguridad no .... <input type="checkbox"/>  | 5. No lo sé..... <input type="checkbox"/>           |                                                       |

**P16. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?** 1. Sí.....  2. No.....  → **P19**

**P17. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar?** |\_\_\_\_| Veces

**P18. ¿Ha recibido ayuda de su centro sanitario para dejar de fumar?**

1. Sí ..
2. No ..  ¿Por qué no? → 2.1 No me interesa.....  2.2 No es accesible.....
- 2.3 No hay ningún tipo de ayuda.....  2.4 Desconozco que exista ayuda.....

**P19. ¿Está preocupado/a por los efectos nocivos del tabaco sobre su salud?**

- |                                            |                                           |                                           |                                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. Sí, mucho..... <input type="checkbox"/> | 2. Bastante..... <input type="checkbox"/> | 3. No mucho..... <input type="checkbox"/> | 4. En absoluto..... <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|

**P20. ¿Está preocupado/a por los posibles efectos nocivos del tabaco sobre la salud de las personas no fumadoras expuestas al humo del tabaco?**

- |                                            |                                           |                                           |                                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1. Sí, mucho..... <input type="checkbox"/> | 2. Bastante..... <input type="checkbox"/> | 3. No mucho..... <input type="checkbox"/> | 4. En absoluto..... <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|

**P21. ¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?**

- |                                                         |                                                      |                                                       |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. Sí..... <input type="checkbox"/>                     | 2. De aquí a 1-2 meses..... <input type="checkbox"/> | 3. De aquí a 3-6 meses ..... <input type="checkbox"/> |
| 4. De aquí a unos 7-24 meses.. <input type="checkbox"/> | 5. Algún día..... <input type="checkbox"/>           | 6. No..... <input type="checkbox"/>                   |

**P22. ¿Está de acuerdo en poner una fecha para dejar de fumar?** 1. Sí.....  2. No.....

**P23. ¿Cuánto tiempo acostumbra a estar diariamente en ambientes cargados de humo de tabaco en su centro de trabajo?**

- |                                                              |                                                   |                                                  |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. Nada..... <input type="checkbox"/>                        | 2. Menos de 1 hora ..... <input type="checkbox"/> | 3. De 1 a 2 horas ..... <input type="checkbox"/> |
| 4. Más de 2 horas y menos de 4..... <input type="checkbox"/> | 5. Más de 4 horas ..... <input type="checkbox"/>  |                                                  |

**P24. Por favor, diga si está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación:** El proyecto Centro sin Tabaco ayuda a prevenir eficazmente el consumo de tabaco en el centro sanitario

- |                                              |                                              |                                             |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. De acuerdo ..... <input type="checkbox"/> | 2. Desacuerdo ..... <input type="checkbox"/> | 3. No conoce ..... <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------|

**P25. Por favor, indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.**

	Acuerdo	Desacuerdo	No opina
25.1 Los/as profesionales de salud deberían dar buen ejemplo y no fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.2. Los/as profesores/as tendrían que dar buen ejemplo y no fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.3 Los padres y las madres deberían dar buen ejemplo y no fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.4 Todos/as tenemos derecho a respirar aire sin humo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.5 El precio del tabaco debe aumentar mucho más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.6 Todos los profesionales sanitarios deberían saber cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.7 Todos los profesionales de la salud deben aconsejar y ayudar a sus pacientes que fumen a dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.8 El recinto de los centros sanitarios ha de ser libre de humo de tabaco, tanto en su interior como en el exterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.9 El empaquetado neutro es una medida eficaz para prevenir el consumo de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**P26. ¿Realiza tareas de atención asistencial?**

- 1. Sí.....  → **P27.1**
- 2. No.....  → **P28**

**P27.1 ¿Dispone de conocimientos sobre cómo ayudar a sus pacientes a dejar de fumar?**

- 1. Sí, tengo conocimientos suficientes para ayudar a una persona fumadora a dejar de fumar .....
- 2. Sí, tengo conocimientos pero no son suficientes para ayudar a una persona fumadora a dejar de fumar.....
- 3. No, no tengo conocimientos para ayudar a una persona fumadora a dejar de fumar .....

**P27.2 ¿Cuándo atiende a una persona fumadora le aconseja dejar de fumar?**

- 1. Sí, siempre.....       2. Sí, frecuentemente.....       3. Si, alguna vez.....
- 4. Si, muy pocas veces.....       5. No, nunca.....

**P28 El 2 de enero de 2011 entró en vigor la Ley de tabaco que prohíbe fumar en las zonas al exterior de los recintos sanitarios. ¿Cree usted que está cumpliendo correctamente esta norma en su centro?**

- 1. Sí, creo que se cumple completamente .....
- 2. Sí, en general se cumple aunque hay algún incumplimiento puntual.....
- 3. No, no se cumple y hay bastantes incumplimientos.....
- 4. No, no se cumple y hay muchos incumplimientos.....

**P30 Por favor, háganos llegar su opinión o comentario a la actual política sobre el tabaco en su centro:**

[ ..... ]  
 [ ..... ]  
 [ ..... ]  
 [ ..... ]  
 [ ..... ]  
 [ ..... ]

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN Y PARTICIPACIÓN**

