

Health Care Workers' Knowledge, Attitudes and Practices on Tobacco Use in Economically Disadvantaged Dominican Republic Communities

Sondeo de Proveedores de Salud Proyecto Doble T Proyecto Control de Tabaquismo en Colaboración con la Comunidad	Fecha ___ / ___ / _____ Código de la comunidad ___ Código del Proveedor _____ Código del Administrador del Sondeo _____
---	--

Información Demográfica del Proveedor de Salud	
P1 ¿Qué tipo de proveedor de salud es usted? [Por favor marque una opción]	P2 ¿Dónde practica? [Por favor marque todas las que apliquen]
<input type="checkbox"/> Médico Pasante <input type="checkbox"/> Licenciada en Enfermería <input type="checkbox"/> Médico General <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Enfermera por “Experiencia” <input type="checkbox"/> Gineco-Obstetra <input type="checkbox"/> Boticario <input type="checkbox"/> Especialista, especifique _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Farmacia <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____	<input type="checkbox"/> Institución pública <input type="checkbox"/> Institución privada <input type="checkbox"/> Organización no-gubernamental <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____
	P3 ¿Cuánto tiempo ha estado practicando como proveedor de salud? ___ Número de años <input checked="" type="radio"/> ___ Número de meses
	P4 ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Conocimientos y Actitudes						
[Por favor encierre en un círculo la opción que mejor corresponda]						
Fumar...		Fuertemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	No estoy segur@
P5	...es dañino para la salud.	1	2	3	4	6
P6	...es una causa mayor de enfermedad cardíaca.	1	2	3	4	6
P7	...es una causa mayor de accidente cerebrovascular.	1	2	3	4	6
P8	...es una causa mayor de cáncer de pulmón.	1	2	3	4	6
P9	...es una causa mayor de cáncer de laringe (garganta).	1	2	3	4	6
P10	...es una causa mayor de cáncer de vejiga.	1	2	3	4	6
P11	...es una causa mayor de enfisema pulmonar.	1	2	3	4	6
P12	...incrementa el riesgo de morir por tuberculosis.	1	2	3	4	6
P13	...durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto.	1	2	3	4	6
El humo de segunda mano (respirar el humo de otra persona) aumenta el riesgo...		Fuertemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	No estoy segur@
P14	... de enfermedad cardíaca en no fumadores.	1	2	3	4	6
P15	... de cáncer de pulmón en no fumadores.	1	2	3	4	6
P16	... del Síndrome de Muerte Súbita Infantil.	1	2	3	4	6
P17	... de enfermedades del tracto respiratorio en niños.	1	2	3	4	6
P18	... de otitis media (infecciones del oído medio) en niños.	1	2	3	4	6
P19	Respirar el aire en una habitación hoy donde alguien fumó ayer es dañino para la salud de los niños e infantes.	1	2	3	4	6
P20	El tabaco sin humo (el que se usa olido, masticado o puesto en la boca) es dañino para la salud.	1	2	3	4	6
P21	Los usuarios de tabaco pueden mejorar su salud si dejan de usarlo.	1	2	3	4	6

Intervenciones de los Proveedores de Salud						
[Por favor encierre en un círculo la opción que mejor corresponda]						
		Fuertemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	No estoy segur@
P22	La probabilidad de dejar de usar tabaco de sus pacientes / clientes se incrementa si un proveedor de salud como usted le aconseja dejarlo.	1	2	3	4	6
P23	Los pacientes / clientes quieren que usted les aconseje que dejen de usar tabaco.	1	2	3	4	6
Los proveedores de salud como usted deben rutinariamente...						
P24	... preguntar sobre los hábitos de uso de tabaco de sus pacientes / clientes.	1	2	3	4	6
P25	... aconsejar a sus pacientes / clientes que usen tabaco para dejarlo.	1	2	3	4	6
P26	... ayudar a sus pacientes a dejar de usar tabaco.	1	2	3	4	6
P27	... aconsejar a sus pacientes / clientes que tengan hogares libres de humo.	1	2	3	4	6
P28	... aconsejar a sus pacientes / clientes que tengan vehículos libres de humo.	1	2	3	4	6
P29	... preguntar durante visitas pediátricas si los padres fuman.	1	2	3	4	6
P30	... poner un buen ejemplo no usando productos de tabaco.	1	2	3	4	6
Políticas (Regulaciones)						
[Por favor encierre en un círculo la opción que mejor corresponda]						
		Fuertemente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Fuertemente en desacuerdo	No estoy segur@
P31	Fumar no debe permitirse en los espacios cerrados.	1	2	3	4	6
P32	Fumar no debe permitirse en los centros de salud.	1	2	3	4	6
P33	Debe haber etiquetas de advertencias más fuertes en los paquetes de cigarrillos.	1	2	3	4	6
P34	La venta de productos de tabaco a menores debe estar prohibida.	1	2	3	4	6

Prácticas de Consejería					
[Por favor encierre en un círculo la opción que mejor corresponda]					
¿Con qué frecuencia...		Nunca	Rara vez	Con frecuencia	Siempre
P35	...le pregunta a sus pacientes / clientes si ellos usan tabaco?	1	2	3	4
P36	... le aconseja a sus pacientes / clientes que dejen de usar tabaco?	1	2	3	4
P37	... le aconseja a sus pacientes / clientes que dejen de usar tabaco si piensa que su enfermedad está relacionada al uso de tabaco?	1	2	3	4
P38	...le aconseja a sus pacientes / clientes que dejen de usar tabaco si tienen una enfermedad que usted no cree que está relacionada al uso de tabaco?	1	2	3	4
P39	...le aconseja a sus pacientes / clientes que dejen de usar tabaco si ellos están saludables?	1	2	3	4
P40	... le aconseja a sus pacientes / clientes femeninas que dejen de usar tabaco si ellas están embarazadas?	1	2	3	4
P41	...usted asiste a sus pacientes / clientes en dejar de usar tabaco?	1	2	3	4
P42	...le aconseja a sus pacientes / clientes que tengan casas libre de humo?	1	2	3	4
P43	...le aconseja a sus pacientes / clientes que tienen vehículos que los mantengan libre de humo?	1	2	3	4
P44	¿Tiene conocimiento sobre recursos / intervenciones para dejar de fumar/usar tabaco en esta comunidad? <input type="checkbox"/> Sí [Vaya a la pregunta P45] <input type="checkbox"/> No [Vaya a P46]	P46		¿Ha dado alguna charla en esta comunidad sobre el uso de tabaco o cesación en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
P45	¿Qué tipo de recursos están disponibles para dejar de fumar o usar tabaco en esta comunidad? <input type="checkbox"/> Especialistas en cesación de uso de tabaco <input type="checkbox"/> Consejería <input type="checkbox"/> Ayuda en el Internet <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Medicaciones para dejar de fumar	P47		¿Cree usted que el conocimiento que tiene sobre el uso de tabaco / cesación es suficiente para que usted pueda aconsejar a sus pacientes a dejar de usar tabaco? <input type="checkbox"/> Muy suficiente <input type="checkbox"/> Algo suficiente <input type="checkbox"/> Algo insuficiente <input type="checkbox"/> Muy insuficiente	
	<input type="checkbox"/> Materiales de autoayuda (brochures o afiches) <input type="checkbox"/> Remedios caseros <input type="checkbox"/> Clases para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Ferias de salud Antitabaquismo <input type="checkbox"/> Videos o presentaciones sobre el uso de tabaco y su cesación				

P48	¿Alguna vez ha recibido un entrenamiento formal en el manejo de la cesación de uso de tabaco para usarlo con sus pacientes / clientes? <input type="checkbox"/> Sí [Vaya a la pregunta P49] <input type="checkbox"/> No [Vaya a la pregunta P50]
P49	¿Qué tipo de entrenamiento en cesación de uso de tabaco ha recibido? <input type="checkbox"/> Entrenamiento formal durante su carrera universitaria <input type="checkbox"/> Entrenamiento específico, simposios, conferencias o talleres en esta comunidad <input type="checkbox"/> Entrenamiento formal durante sus estudios de postgrado <input type="checkbox"/> Entrenamiento específico, simposios, conferencias o talleres fuera de esta comunidad <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____
P50	Si se pusieran a su disposición sesiones de entrenamiento gratuitas sobre el tópico de ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, ¿estaría interesado en participar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Descriptor de sus Pacientes / Clientes	
P51	Principalmente, ¿qué tipo de pacientes ve usted en su práctica diaria? [Por favor marque todas las opciones que apliquen.] <input type="checkbox"/> Niños (0-12) <input type="checkbox"/> Adolescentes (13-17) <input type="checkbox"/> Adultos jóvenes (18-44) <input type="checkbox"/> Adultos de edad mediana (45-64) <input type="checkbox"/> Adultos mayores / envejecientes (>65) <input type="checkbox"/> Embarazadas
P52	En general, ¿qué tipo(s) de tabaco usan sus pacientes? [Por favor marque todas las opciones que apliquen] <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Enrollados por sí mismos (túbano, pachuché, cigarrito, pirulí, hueva) <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/> Cigarros <input type="checkbox"/> Masticado / Tabaco sin humo <input type="checkbox"/> Hookah (Pipa de agua) <input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____

Su Exposición al Tabaco						
[Por favor encierre en un círculo la opción que corresponda en cada caso.]						
P53		Fumar nunca es permitido	Fumar es permitido en cualquier lugar	Fumar es permitido solo a algunas personas	Fumar es permitido solo en algunos lugares	No hay reglas
P53a	Su casa	1	2	3	4	5
P53b	Su principal lugar de trabajo	1	2	3	4	5
P53c	Su principal carro / camioneta / jeppeta	1	2	3	4	5

P54	¿Cómo describiría su uso de tabaco? <input type="checkbox"/> Nunca he usado tabaco [Vaya a la pregunta P62, “Pregunta para todos” al final del sondeo.] <input type="checkbox"/> Actualmente uso tabaco [Vaya a la pregunta P55, “Preguntas para Fumadores / Usuarios de tabaco”] <input type="checkbox"/> Dejé de usar tabaco [Vaya a la pregunta P59, “Preguntas para Ex – fumadores / Ex - usuarios de tabaco”]								
Preguntas para Fumadores / Usuarios de Tabaco			Preguntas para ExFumadores/ExUsuarios de Tabaco						
P55	¿A qué edad empezó a usar productos de tabaco? ___ ___			P59	¿A qué edad empezó a usar productos de tabaco? ___ ___				
P56	¿Con qué frecuencia usa usted de cada uno de los productos que se enlistan a continuación? [Por favor marque las casillas que correspondan a su uso. Si NO usa ese producto, marque No lo uso.]			P60	¿Con qué frecuencia usaba usted de cada uno de los productos que se enlistan a continuación? [Por favor marque las casillas que correspondan a su uso. Si NO usa ese producto, ponga No lo usaba.]				
	Tipo de Tabaco	Uso diario	No Uso diario		No lo uso	Tipo de Tabaco	Usaba diario	No Usaba diario	No lo usaba
	Cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enrollados por sí mismo (túbano, pachuché, cigarrito, pirulí, hueva, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Enrollados por sí mismo (túbano, pachuché, cigarrito, pirulí, hueva, otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Pipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Masticado / Tabaco sin humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Masticado / Tabaco sin humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hookah (Pipa de agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hookah (Pipa de agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro, especifique _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P57	¿Cuál de las siguientes le describe mejor? [Por favor marque una opción.] <input type="checkbox"/> No estoy list@ para dejarlo en los próximos 6 meses. <input type="checkbox"/> Estoy pensando en dejarlo en los próximos 6 meses. <input type="checkbox"/> Estoy list@ para dejarlo ahora			[Vaya a P61]					
P58	¿Ha intentado dejar de fumar / usar tabaco? <input type="checkbox"/> Sí [vaya a P61] <input type="checkbox"/> No [vaya a P62]								

P61	¿Cómo lo dejó?	[Por favor marque todas las opciones que apliquen.]
	<input type="checkbox"/> Dulces, mentas <input type="checkbox"/> Voluntad propia <input type="checkbox"/> TRN (terapia de reemplazo de nicotina) <input type="checkbox"/> Champix <input type="checkbox"/> Otros medicamentos, especifique _____ <input type="checkbox"/> Remedios caseros <input type="checkbox"/> Reducción diaria (disminuir el número de cigarrillos) <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Asistencia de un proveedor de salud <input type="checkbox"/> Materiales de autoayuda (brochures, afiches) <input type="checkbox"/> Sitio de Internet <input type="checkbox"/> Especialista en Cesación de Uso de Tabaco <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Clases de Cómo Dejar de Fumar <input type="checkbox"/> Ferias de Salud Anti-Tabaquismo <input type="checkbox"/> Videos o presentaciones acerca del tabaquismo/cesación <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____

Pregunta para Todos	
P62	¿Hay algo más que quisiera decirnos?

Usted ha completado exitosamente el Sondeo de Proveedores de Salud del Proyecto Doble T 2. Su tiempo e información son extremadamente valiosos y se mantendrán como confidenciales. GRACIAS nueva vez por su tiempo y participación en nuestro proyecto. Favor de poner el sondeo en el sobre y sellar el sobre.