

Es INDISPENSABLE que traiga este cuestionario a la Consulta el primer día de la visita médica

Consulta Zaragoza:

Apdo.-10115
50080-ZARAGOZA
Tfno: 689.266.728

Consulta Calatayud:

Hospital Ernest. Lluch
50300 CALATAYUD
Tfno: 608.804.905

Consulta Huesca:

Apdo.-1
22080-HUESCA
Tfno: 697.266.570

Consulta Teruel:

Apdo.-162
44080-TERUEL
Tfno: 663.292.419



Ver-6.0

CONSULTA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA – APTA

→ Rodee con un círculo la respuesta elegida, por ejemplo: **3**

¿Ha dejado usted sus datos en el contestador del teléfono de APTA?

☐ 1 Sí

☐ 2 No

¿Ha sido usted paciente anteriormente de la Consulta de APTA?

☐ 1 Sí

☐ 2 No

Nombre: _____ Apellidos: _____

Tfno casa: _____ Tfno móvil: _____

Otros Tfnos: _____ Profesión: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ CP: _____ Ciudad: _____

Sexo: ☐ 1 Varón
☐ 2 Mujer

Edad: _____ años

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / 19 _____

Estado civil:

- ☐ 1 Soltero
☐ 2 Separado/ divorciado
☐ 3 Casado/ convivencia de pareja
☐ 4 Viudo

Nivel educativo:

- ☐ 1 Sin estudios
☐ 2 Primarios
☐ 3 Secundarios
☐ 4 Estudios universitarios incompletos
☐ 5 Estudios universitarios completos

País de Nacimiento:

- ☐ 1 España
☐ 2 Resto de la Unión Europea
☐ 3 Resto de Europa
☐ 4 América Central y del Sur
☐ 5 América del Norte
☐ 6 África
☐ 7 Asia
☐ 8 Resto del mundo

Número de años viviendo en España (excepto si ha respondido nacido en España) (_ _ años)

1. ANTROPOMETRÍA

1.1. Talla en cm (_ _ _ cm)

1.2. Peso actual en kg (_ _ _ , _)

1.3. Su peso ha aumentado o disminuido en los 2 últimos meses? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

1.3.1. Si ha aumentado en los 2 últimos meses, ¿cuántos kilos? (_ _ , _)

1.3.2. Si ha disminuido en los 2 últimos meses, ¿cuántos kilos? (_ _ , _)

1.4. En el momento actual, ¿considera que le sobra peso? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

1.4.1. Si ha contestado sí, ¿cuánto?: (_ _ , _)

1.5. En el momento actual, ¿considera que le falta peso? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

1.5.1. Si ha contestado sí, ¿cuánto?: (_ _ , _)

2. INICIO

- 2.1. ¿A qué edad probó por primera vez el tabaco? ____ años
- 2.2. ¿Cuántos años lleva fumando regularmente, a diario? ____ años
- 2.3. ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar a diario? ____ años
- 2.4. ¿Por qué motivo comenzó a fumar?: (indicar una sola opción, la más importante)

- ☐ 1 Influencia del entorno familiar
- ☐ 2 Cuestiones de personalidad
- ☐ 3 Influencia de los amigos
- ☐ 4 Servicio militar
- ☐ 5 Acceso al trabajo
- ☐ 6 Otros

3. CONSUMO ACTUAL

- 3.1. Cigarrillos que fuma al día (número: ____)
- 3.2. Número de años que lleva fumando: ____ años

Situaciones actuales de consumo:	Siempre	Nunca	A veces
3.3. Para recompensarme cuando hago algo bien	1	2	3
3.4. Después del almuerzo	1	2	3
3.5. Cuando hablo con alguien	1	2	3
3.6. Cuando estoy relajado	1	2	3
3.7. Cuando estoy solo	1	2	3
3.8. Cuando no me salen bien las cosas	1	2	3
3.9. Viendo la televisión, leyendo	1	2	3
3.10. Cuando tengo hambre a deshoras	1	2	3
3.11. Para concentrarme	1	2	3
3.12. Siempre que tomo café	1	2	3
3.13. Siempre que tomo alcohol	1	2	3
3.14. Cuando salgo por la noche	1	2	3
3.15. Cuando conduzco	1	2	3
3.16. Otros	1	2	3

- 3.17. Tipo de tabaco que fuma habitualmente. Indicar una sola opción:

- ☐ 1 Negro ☐ 3 Negro Light ☐ 5 Rubio y negro
- ☐ 2 Rubio ☐ 4 Rubio Light ☐ 6 Puros/puritos

4. INTENTOS PREVIOS

- 4.1. ¿Ha dejado alguna vez de fumar? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO
(Si la respuesta es "NO" pase al apartado N° 5 "Abandono de Tabaco")
- 4.2. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar? Número total de intentos: ____
- 4.3. ¿Qué método utilizó? Marque un máximo de 3 distintos.

- ☐ 1 Ninguno (fuerza de voluntad) ☐ 7 Reducir consumo ☐ 13 Corriente en orejas
- ☐ 2 Parches de nicotina ☐ 8 Libro de Allen Carr ☐ 14 Hipnosis
- ☐ 3 Pastillas (Zytabac, Quomen, etc) ☐ 9 Masajes ☐ 15 Charlas antitabaco
- ☐ 4 Chicles nicotina ☐ 10 Homeopatía ☐ 16 Cigarrillo de hierbas
- ☐ 5 Acupuntura ☐ 11 Método G A D ☐ 18 Terapia de grupo
- ☐ 6 Bruja o similares ☐ 12 Cambio de hábitos ☐ 17 Otros



4.4. ¿Cuánto tiempo ha sido el máximo que ha llegado a estar sin fumar?

- ☐ 1 Menos de 2 semanas
- ☐ 2 2 a 4 semanas
- ☐ 3 1 a 3 meses
- ☐ 4 3 a 6 meses
- ☐ 5 6 a 12 meses
- ☐ 6 Más de 12 meses

4.5. ¿Por qué dejó de fumar la última vez?

- ☐ 1 Salud (con consejo profesional)
- ☐ 2 Salud (sin consejo profesional)
- ☐ 3 Economía
- ☐ 4 Prohibición legal
- ☐ 5 Por mis hijos
- ☐ 6 Le molesta o perjudica a alguien importante para Ud (cónyuge, pareja, familiar...)
- ☐ 7 otras causas

4.6. ¿Por qué cree que volvió a fumar?

- ☐ 1 No pude superar el ansia
- ☐ 2 Me descuidé
- ☐ 3 Pasé por una situación/temporada muy estresante
- ☐ 4 El ambiente me incitaba con fuerza
- ☐ 5 Engordaba
- ☐ 6 otras causas

4.7. Valoración global de los intentos previos

- ☐ 1 muy mala ☐ 2 mala ☐ 3 regular ☐ 4 buena ☐ 5 muy buena

4.8. ¿Qué dificultades encontró Ud en los periodos de abstinencia?

- ☐ 1 nerviosismo ☐ 3 rendía menos en el trabajo
- ☐ 2 aumento de peso ☐ 4 otros

4.9. El tiempo que estuvo sin fumar ¿ganó peso? ☐ 1 Sí ☐ 2 NO (si la respuesta es NO, pase a 4.10)

4.9.1. Si ganó peso, ¿cuántos kilos?: _ _ _ _ _

4.9.2. Si ganó peso, ¿en cuánto tiempo?: meses

4.9.3. Si ganó peso, ¿lo volvió a perder?

- ☐ 1 Totalmente ☐ 2 Parte ☐ 3 no lo volví a perder

4.9.4. Si ha respondido 1 ó 2, ¿en cuánto tiempo: meses

4.9.5. ¿Por qué motivo cree que lo ganó? (puede elegir 2 respuestas)

- ☐ 1 Más apetito
- ☐ 2 Más nervios
- ☐ 3 Menos ejercicio
- ☐ 4 Otros (especificar).....

4.10. ¿Le preocupa la posibilidad de ganar peso?

- ☐ 1 nada o casi nada ☐ 2 algo ☐ 3 bastante ☐ 4 mucho

4.11. ¿Desea recibir un documento con consejos dietéticos? ☐ 1 Sí ☐ 2 NO

4.12. ¿Desea recibir consejos dietéticos?

- ☐ 1 Si, individualmente
- ☐ 2 Si, en grupo
- ☐ 3 No

5. ABANDONO DEL TABACO

¿Qué Beneficios espera obtener? :

5.1. **Físicos:** (indicar sólo una [1] respuesta, la más importante)

- | | |
|---|---|
| ☐ 1 Mejorar la salud | ☐ 4 Respirar mejor y no toser |
| ☐ 2 Mejorar el rendimiento físico y evitar fatiga | ☐ 5 Recuperar sabores y olores |
| ☐ 3 Mejorar el aspecto de la piel, de los dientes, del pelo... | ☐ 6 Prevenir enfermedades |
| | ☐ 7 Otros |

5.2. **Sociales:** (indicar sólo una [1] respuesta, la más importante)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1 No molestar o perjudicar a los que no fuman | ☐ 4 Por la familia |
| ☐ 2 No estar mal visto | ☐ 5 Para dar ejemplo a los hijos |
| ☐ 3 Mejorar las relaciones | ☐ 6 Otros |

5.3. **Psicológicos:** (indicar sólo una [1] respuesta, la más importante)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 No depender del tabaco | ☐ 3 Mejorar la autoestima |
| ☐ 2 No tener miedo a las enfermedades | ☐ 4 Otros |

5.4. **Económicos:** (indicar sólo una [1] respuesta, la más importante)

- | |
|---|
| ☐ 1 Ahorrar dinero |
| ☐ 2 Otros |

6. ENTORNO DE CONSUMO

9.1. **¿Fuma su pareja?** ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ☐ 3 No tengo pareja (pasar a convivientes [6.2] directamente)

6.1.1. **¿Está dejando de fumar?** ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

6.1.2. **Si ha contestado SÍ, ¿con qué tipo de tratamiento?**

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Farmacológico | ☐ 4 Otros |
| ☐ 2 Psicológico | ☐ 5 Sin tratamiento |
| ☐ 3 Farmacológico y Psicológico | |

6.2. **¿Fuma algún familiar conviviente?** ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ☐ 3 vivo solo (pasar a amigos [6.3])

6.2.1. **¿Está dejando de fumar su familiar conviviente?** ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

6.2.2. **Si ha contestado SÍ, ¿con qué tipo de tratamiento?**

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Farmacológico | ☐ 4 Otros |
| ☐ 2 Psicológico | ☐ 5 Sin tratamiento |
| ☐ 3 Farmacológico y Psicológico | |

6.3. **¿Fuma algún amigo suyo?** ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ☐ 3 no me relaciono con los amigos, (ir a 7.1)

6.3.1. **¿El amigo suyo está dejando de fumar?** ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO

6.3.2. **Si ha contestado SÍ, ¿con qué tipo de tratamiento?**

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Farmacológico | ☐ 4 Otros |
| ☐ 2 Psicológico | ☐ 5 Sin tratamiento |
| ☐ 3 Farmacológico y Psicológico | ☐ 6 No lo sé |



7. ÁMBITO LABORAL y DOCENTE

7.1. De forma general, usted diría que en su puesto de trabajo o donde estudia ¿se fuma?:

- ☐ 1 Sí, frecuentemente
☐ 2 Sí, ocasionalmente
☐ 3 raramente

- ☐ 4 nunca o casi nunca
☐ 5 no aplicable en mi situación

7.2. ¿y en la cafetería de su empresa, zona de estudio, descanso o equivalente?

- ☐ 1 Sí, frecuentemente
☐ 2 Sí, ocasionalmente
☐ 3 raramente

- ☐ 4 nunca o casi nunca
☐ 5 no aplicable en mi situación

7.3. A través de su empresa o centro de estudios ¿ha tenido alguna oferta para dejar de fumar?

- ☐ 1 Sí ☐ 2 NO ☐ 3 no aplicable en mi situación

7.4. ¿Algún compañero de trabajo o estudios está intentando dejar de fumar sin tratamiento?

- ☐ 1 Sí ☐ 2 NO ☐ 3 no aplicable en mi situación

7.4.1. Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas personas?

7.4.2. ¿Y alguno de sus compañeros está en tratamiento para dejar de fumar?

- ☐ 1 Sí ☐ 2 NO ☐ 3 no aplicable en mi situación

7.4.3. Si la respuesta es "Sí" ¿cuántas personas?

8. OCIO

8.2. ¿Fuma delante de los niños?

- ☐ 1 Sí ☐ 2 NO ☐ 3 reduzco el consumo ☐ 4 No me relaciono con niños

9. MEDICACIÓN

9.1. ¿Está o ha estado en tratamiento los últimos 30 días, por cualquier motivo o enfermedad? (incluida la automedicación)

- ☐ 1 Sí ☐ 2 NO

9.2. Si está tomando medicación, anote aquí los nombres de los medicamentos:

.....
.....

9.3. Si es mujer ¿toma anticonceptivos actualmente? ☐ 1 Sí ☐ 2 NO

10. TEST DE RICHMOND (rodee con un círculo el nº de su situación actual)

10.1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? ☐ 0 Sí ☐ 1 NO

10.2. ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?

- ☐ 0 Ninguno ☐ 1 Tengo un poco de interés ☐ 2 Tengo bastante interés ☐ 3 Mucho interés

10.3. ¿Intentaría dejar de fumar completamente en las próximas dos semanas?

- ☐ 0 Definitivamente no ☐ 1 Me lo plantearía ☐ 2 Tal vez sí ☐ 3 Definitivamente sí

10.4. ¿Cuál es la posibilidad de que usted, dentro de los próximos 6 meses, sea un No fumador?

- ☐ 0 Definitivamente no ☐ 1 Me lo plantearía ☐ 2 Tal vez sí ☐ 3 Definitivamente sí

11. TEST de GLOVER – NILSSON. (Señale con un círculo):

0=Nada en absoluto
 1=algo
 2=moderadamente
 3=mucho
 4=muchísimo

¿Cuánto valora lo siguiente? :

11.1.	Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
11.2.	Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4

0=Nunca
 1=raramente
 2=a veces
 3=a menudo
 4=siempre

¿Cuánto valora lo siguiente? :

11.3.	¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
11.4.	¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
11.5.	Cuando no tiene tabaco ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
11.6.	Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
11.7.	¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, el sofá, la habitación, el coche o la bebida (alcohol, café, etc)?	0	1	2	3	4
11.8.	¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
11.9.	¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc) y los chupa para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc ?	0	1	2	3	4
11.10.	¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
11.11.	Cuando está solo en un restaurante, parada del autobús, fiesta etc ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4

12. TEST DE FAGERSTRÖM REVISADO (Test de dependencia nicotínica Señale con un círculo)

12.1 **¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma su primer cigarrillo?**

- ☐ hasta 5 minutos
 ☐ de 31 a 60 minutos
☐ de 6 a 30 minutos
 ☐ más de 60 minutos

12.2 **¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido (hospital, cine, biblioteca)?**

- ☐ No
 ☐ Sí

12.3 **¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?**

- ☐ el primero de la mañana
 ☐ cualquier otro

12.4 **¿Cuántos cigarrillos fuma al día?**

- ☐ menos de 10 cigarrillos
 ☐ entre 21 y 30 cigarrillos
☐ entre 11 y 20 cigarrillos
 ☐ 31 o más cigarrillos

12.5 **¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?**

- ☐ No
 ☐ Sí

12.6 **¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?**

- ☐ No
 ☐ Sí

13. CRITERIOS DSM-IV TR (de abstinencia nicotínica. Señale con un círculo su situación)

	Sí	No
13.1. ¿Ha fumado en las últimas 4 semanas?	1	2
13.2. Cuando fuma menos de lo habitual o no fuma, siente:		
13.2.1. Alteración del estado de ánimo	1	2
13.2.2. Insomnio	1	2
13.2.3. Irritabilidad, frustración o ira	1	2
13.2.4. Ansiedad	1	2
13.2.5. Dificultad para la concentración	1	2
13.2.6. Inquietud	1	2
13.2.7. Disminución de la frecuencia cardíaca (pulsaciones)	1	2
13.2.8. Aumento del apetito o del peso	1	2
13.3. ¿Cree que los síntomas del punto 13.2 afectan a su esfera social, laboral u otra actividad importante para Ud ?	1	2
13.4. ¿Relaciona Ud. los síntomas del punto 13.2 con alguna otra causa que no sea el tabaco?	1	2
13.4.1. ¿Cuál? Escribalo:		

14. PUBLICIDAD-MÉTODOS DE REDUCCIÓN DE CONSUMO

- 14.1. ¿Cree que la publicidad encubierta de las tabaquerías (marcas de ropa, fumar en películas, nombres de barcos, Fórmula-1, etc) influye para que las personas comiencen a fumar?

☐ 1 Sí

☐ 2 No

☐ 3 Ns (No lo sé)

- 14.2. Indique (con un círculo) si está de acuerdo o no con los siguientes procedimientos para reducir el consumo de tabaco en la población española:

	Sí	No	Ns
14.2.1. Prohibir la entrada a sitios donde se fuma a los menores de edad	1	2	3
14.2.2. Prohibir fumar a los menores de edad	1	2	3
14.2.3. Endurecer los mensajes en los paquetes de tabaco	1	2	3
14.2.4. Dar consejos sanitarios en los paquetes de cigarrillos	1	2	3
14.2.5. Prohibición de promoción encubierta del tabaco en series de TV, motor...	1	2	3
14.2.6. Realizar propaganda en contra del tabaco	1	2	3
14.2.7. Aumentar el precio del tabaco	1	2	3
14.2.8. Realizar propaganda sobre los beneficios de dejar de fumar	1	2	3
14.2.9. ¿Cree que son útiles las campañas antitabaco?	1	2	3
14.2.10. Medidas legislativas más severas	1	2	3

15. OTRAS CONSIDERACIONES

15.1. ¿Cuántos días al año falta al trabajo por enfermedades respiratorias?

- ☐ 1 menos de 5 ☐ 2 de 5 a 10 ☐ 3 de 11 a 15 ☐ 4 más de 15 ☐ 5 ninguno

15.2. ¿Cómo cree que le va a resultar dejar de fumar?

- ☐ 1 fácil ☐ 2 difícil ☐ 3 no lo sabe

15.3. ¿Cómo se ha enterado de la existencia de esta consulta? (indique solamente una [1] opción, la más importante)

- | | |
|--|--|
| ☐ 1 Médico de Atención Primaria | ☐ 10 Enfermera de Atención Primaria |
| ☐ 2 Neumólogo | ☐ 11 Enfermera de Neumología |
| ☐ 3 Cardiólogo | ☐ 12 Otra Enfermera especializada |
| ☐ 4 Ginecólogo | ☐ 13 Prensa, Radio, TV o Carteles |
| ☐ 5 Otorrinolaringólogo | ☐ 14 Familiares |
| ☐ 6 Médico preventivista | ☐ 15 Amigos |
| ☐ 7 Oncólogo | ☐ 16 En el trabajo |
| ☐ 8 Urólogo | ☐ 17 Otras instituciones (DGA,...) |
| ☐ 9 Otro médico especialista | ☐ 18 Otros |

15.3.1. Si se ha enterado a través de un Centro Sanitario, indique en cuál:

.....

15.4. ¿Qué tipo de terapia le gustaría recibir?, indique cuál y horario:

- ☐ 3 Terapia individual – (horario de mañana) ☐ 5 Terapia grupo – (horario de tarde)
- ☐ 4 Terapia individual - (horario de tarde)

(*) Se respetará la elección de horario en función de la disponibilidad de la Consulta

15.5. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que Ud dejó sus datos en el teléfono de APTA, indicando que quería dejar de fumar, hasta que recibió este cuestionario?

- ☐ 1 De 1 a 6 días ☐ 2 De 7 a 14 días ☐ 3 Más de 15 días

FECHA:// 201...

FIRMA:



Es INDISPENSABLE que traiga este cuestionario a la Consulta el primer día de la visita médica, por favor, no lo mande por correo.

Estos datos serán incluidos en un fichero informático y recibirán un uso estadístico y de investigación. Son confidenciales y como tal serán tratados según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Usted puede dirigirse a APTA (c/ Domingo Miral, 5 50009-ZARAGOZA, Tfno: 689.266.728) para ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición. APTA tiene registrados sus ficheros en la Agencia de Protección de Datos