

TOBACCO USE SUPPLEMENT

CURRENT POPULATION SURVEY

2003 SPANISH SHORT FORM VERSION

TOBACCO USE SPECIAL CESSATION SUPPLEMENT

TO THE CURRENT POPULATION SURVEY

(TUSCS-CPS)

Revised May 2006

A downloadable version of this document, the 2003 Spanish Version Short Form of the Tobacco Use Special Cessation Supplement to the Current Population Survey (TUSCS-CPS) may be obtained from <http://riskfactor.cancer.gov/studies/tus-cps/info.html>. It was fielded in February, June and November of 2003 by the Census Bureau for the co-sponsors the National Cancer Institute and the Centers for Disease Control and Prevention as part of a continuing series of Tobacco Use Supplements to the Current Population Survey.



PRESUP Este mes también quisiéramos preguntarle sobre sus pensamientos y experiencias relacionadas con el uso de tabaco. Necesito hacerle estas preguntas a cada persona de 15 años o mayor.

HSUPP_I La información que usted nos da es importante. Las respuestas a las preguntas sobre el uso de tabaco serán usadas por el Instituto Nacional de Cáncer, otros investigadores, oficiales nacionales, estatales, y locales de salud pública y otros para medir los cambios en el uso de productos de tabaco al paso del tiempo.

A

A1 ¿Ha fumado (usted/name) al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

[NOTE: If there is any question about the respondent's understanding of the word "cigarrillos," say "por ejemplo, Marlboro, Camel, Newport o Benson and Hedges."]

A2 ¿Qué edad tenía (usted/name) cuando (usted/él/ella) empezó a fumar cigarrillos por primera vez en forma **BASTANTE REGULAR?**

A2V He anotado que (usted/name) tenía [fill entry A2] años de edad cuando (usted/él/ella) empezó a fumar cigarrillos por primera vez en forma bastante regular. ¿Es correcto ésto?

A3 ¿Fuma (usted/name) ahora cigarrillos todos los días, algunos días, o nunca?

- (1) Todos los días
- (2) Algunos días
- (3) Nunca

B

B1 En promedio, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fuma usted ahora cada día?

B1a ¿Diría usted que en promedio usted fuma ahora más de 20 cigarrillos al día, o menos?

- (1) MÁS
- (2) MENOS
- (3) 20 APROXIMADAMENTE (UNA CAJETILLA)

B1V He anotado que en promedio, usted fuma ahora [fill entry B1] cigarrillos al día. ¿Es correcto ésto?

B2 Su marca de cigarrillos acostumbrada, ¿es mentolada o no mentolada?

- (1) Mentolada
- (2) No mentolada
- (3) NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO

B3 ¿Qué tipo de cigarrillos fuma usted ahora con más frecuencia: regulares, suaves, ultrasuaves, o algún otro tipo?

- (1) Regulares/sabor pleno
- (2) Suaves/ligeros
- (3) Ultrasuaves
- (4) NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO
- (5) OTRO TIPO

B3SPC SPECIFY "otro tipo"

B4 Por favor dígame si cada una de las declaraciones siguientes es cierta para USTED:

- (1) Cierta/Sí (2) Falsa/No

- (1) Usted fuma AHORA (suaves/ultrasuaves - fill entry B3) porque cree que son menos dañinos para su salud que los cigarrillos regulares.
- (2) Usted fuma AHORA (suaves/ultrasuaves - fill entry B3) como una manera de tratar de dejar de fumar.
- (3) Usted fuma AHORA (suaves/ultrasuaves - fill entry B3) porque tienen un sabor más suave o ligero que los cigarrillos regulares.

B4d ¿Cuál es la razón más importante por la que usted fuma (suaves/ultrasuaves - fill entry B3) -porque cree que son menos dañinos para su salud, o porque está tratando de dejar de fumar?

- (1) Menos dañinos
- (2) Tratando de dejar de fumar
- (3) AMBAS

B5a ¿Qué tan pronto después de despertarse se fuma típicamente su primer cigarrillo del día?

B5a@NUM [ENTER NUMBER]

B5a@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Minutos
- (2) Horas

B5b ¿Diría usted que fuma su primer cigarrillo del día dentro de los primeros 30 minutos?

B5c Por favor dígame si CADA una de las declaraciones siguientes es cierta para usted -

- (1) Cierta/Sí (2) Falsa/No

- (1) Le cuesta trabajo no fumar por más de algunas horas.
- (2) Incluso si está cayendo una tormenta, si se le acabaran los cigarrillos, probablemente iría a la tienda a comprar más.
- (3) Cuando no ha fumado durante algunas horas, siente ansias de fumar.
- (4) Si estuviera en un lugar público donde no estuviera permitido fumar, probablemente saldría afuera para fumar un cigarrillo, incluso en tiempo frío o lluvioso.

B6a ¿USUALMENTE compra sus cigarrillos por cajetilla/paquete o por cartón?

- (1) Cajetilla/ Paquete
- (2) Cartón
- (3) Compra tanto cajetillas/paquetes como cartones /No sabe / Rehusó
- (4) No compra sus propios cigarrillos

B6b ¿Qué precio pagó por la ÚLTIMA cajetilla/paquete de cigarrillos que compró? Por favor dígame el costo después de usar cualquier descuento o cupón.

B6c ¿Qué precio pagó por el ÚLTIMO cartón de cigarrillos que compró? Por favor dígame el costo después de usar cualquier descuento o cupón.

B6d ¿Compró usted su ÚLTIMA(O) (cajetilla/paquete/cartón) de cigarrillos en (Insert respondent's state of residence) o en algún otro estado?

- (1) In respondent's state of residence
 - (2) In some other state (including DC)
- Enter (X) FOR BOUGHT SOME OTHER WAY (Internet, other country...)

B6d@2 ¿En qué otro estado compró usted su ÚLTIMA(O) (cajetilla/paquete/cartón) de cigarrillos?

B6dSPC ENTER BOUGHT SOME OTHER WAY RESPONSE FOR B6d

B7 ¿Cuántos años en total ha fumado usted TODOS LOS DÍAS? No incluya ningún período de tiempo en que haya dejado de fumar durante 6 meses o más.

B7V He anotado que sin incluir ningún período de tiempo en que usted dejó de fumar durante 6 meses o más, el número total de años que ha fumado TODOS LOS DÍAS es [fill entry B7]. ¿Es correcto esto?

B8 Durante este tiempo, HACE 12 MESES, ¿fumaba usted cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

- (1) Todos los días
- (2) Algunos días
- (3) Nunca

B9 ¿ALGUNA VEZ HA CAMBIADO de un cigarrillo más fuerte a un cigarrillo más suave por lo menos 6 meses o más?

B10a Para cada una de las declaraciones siguientes, por favor dígame si es una razón por la que CAMBIÓ de un cigarrillo más fuerte a uno más suave:

- (1) Sí (2) No
- (1) Cambió porque creía que un cigarrillo más suave sería menos dañino para su salud.
- (2) Cambió como una manera de tratar de dejar de fumar.
- (3) Cambió para obtener un sabor más suave o ligero.

B10b ¿Cuál es la razón principal por la que cambió de un cigarrillo más fuerte a uno más suave - como una manera de tratar de dejar de fumar, o para fumar un cigarrillo menos dañino?

- (1) Para tratar de dejar de fumar
- (2) Para fumar un cigarrillo menos dañino
- (3) AMBAS

B11 Le voy a leer algunas declaraciones acerca de cómo se comparan los cigarrillos SUAVES con los cigarrillos REGULARES. Para cada declaración, por favor dígame si USTED cree que es cierta, falsa, o si no sabe.

- (1) Cierta
- (2) Falsa
- (3) No lo sabe
- (1) Los cigarrillos suaves tienen menos alquitrán o nicotina que los cigarrillos regulares.
- (2) Los cigarrillos suaves son menos dañinos.
- (3) Los cigarrillos suaves se sienten más ligeros y agradables en el pecho.

C

C1 ¿Durante cuántos de los últimos 30 días fumó usted cigarrillos?

C1V Usted dijo que fumó cigarrillos algunos días. ¿Es correcto esto?

C1a En promedio, en esos [fill entry C1] días, ¿cuántos cigarrillos fumó usualmente cada día?

C1aV He anotado que en promedio, cuando usted fumó en esos [fill entry C1] días, usted fumó [fill entry C1a] cigarrillos al día. ¿Es correcto esto?

C2 Su marca de cigarrillos acostumbrada, ¿es mentolada o no mentolada?

- (1) Mentolada
- (2) No mentolada
- (3) NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO

C3 ¿Qué tipo de cigarrillos fuma usted ahora con más frecuencia: regulares, suaves, ultrasuaves, o algún otro tipo?

- (1) Regulares/sabor pleno
- (2) Suaves/ligeros
- (3) Ultrasuaves
- (4) NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO
- (5) OTRO TIPO

C3SPC SPECIFY "Otro tipo"

C4 Por favor dígame si cada una de las declaraciones siguientes es cierta para usted:

- (1) Cierta/Sí (2) Falsa/No
- (1) Usted fuma AHORA (fill entry C3) porque cree que son menos dañinos para su salud que los cigarrillos regulares.
- (2) Usted fuma AHORA (fill entry C3) como una manera de tratar de dejar de fumar.
- (3) Usted fuma AHORA (fill entry C3) porque tienen un sabor más suave o ligero que los cigarrillos regulares.

C4d ¿Cuál es la razón más importante por la que usted fuma (suaves/ultrasuaves), porque cree que son menos dañinos para su salud, o porque está tratando de dejar de fumar?

- (1) Menos dañinos
- (2) Tratando de dejar de fumar
- (3) Ambas

C5a Durante los días que usted fuma, ¿qué tan pronto después de despertarse se fuma típicamente su primer cigarrillo del día?

C5a@NUM [ENTER NUMBER]

C5a@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Minutos
- (2) Horas

C5b Durante los días que usted fuma, ¿diría usted que fuma su primer cigarrillo del día dentro de los primeros 30 minutos?

C6a ¿USUALMENTE compra sus cigarrillos por cajetilla/paquete o por cartón?

- (1) Cajetilla/ Paquete
- (2) Cartón
- (3) Compra tanto cajetillas/paquetes como cartones
- (4) No compra sus propios cigarrillos

C6b ¿Qué precio pagó por la ÚLTIMA cajetilla/paquete de cigarrillos que compró? Por favor dígame el costo después de usar cualquier descuento o cupón.

C6c ¿Qué precio pagó por el ÚLTIMO cartón de cigarrillos que compró? Por favor dígame el costo después de usar cualquier descuento o cupón.

C6d ¿Compró usted su ÚLTIMA(O) (cajetilla/paquete/cartón) de cigarrillos en (Insert respondent's state of residence) o en algún otro estado?

- (1) In respondent's state of residence
 - (2) In some other state (including DC)
- Enter (X) FOR BOUGHT SOME OTHER WAY (Internet, other country...)

C6d@2 ¿En qué otro estado compró usted su ÚLTIMA(O) (cajetilla/paquete/cartón) de cigarrillos?

C6dSPC ENTER BOUGHT SOME OTHER WAY RESPONSE FOR B6d

C7a ¿ALGUNA VEZ ha fumado usted cigarrillos TODOS LOS DÍAS por lo menos 6 meses?

C7b ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que usted fumó cigarrillos TODOS LOS DÍAS?

C7b@NUM [ENTER NUMBER]

C7b@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses
- (4) Años

C7bERR [DO NOT READ]

C7bV He anotado que han pasado [fill entry C7b@NUM AND C7b@UNT] desde la última vez que usted fumó cigarrillos todos los días. ¿Es correcto esto?

C7c La última vez que fumó todos los días, ¿en promedio cuántos cigarrillos fumaba cada día?

C7cV He anotado que la última vez que usted fumó todos los días, en promedio fumaba [fill entry C7c] cigarrillos al día. ¿Es correcto esto?

C7d ¿Cuántos años en total fumó usted TODOS LOS DÍAS? No incluya ningún período de tiempo en que haya dejado de fumar durante por 6 meses o más.

C7dV He anotado que sin incluir ningún período de tiempo en que usted dejó de fumar durante 6 meses o más, el número total de años que fumó TODOS LOS DÍAS es [fill entry C7d]. ¿Es correcto esto?

C8 Durante este tiempo, HACE 12 MESES, ¿fumaba usted cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

- (1) Todos los días
- (2) Algunos días
- (3) Nunca

C9 ¿ALGUNA VEZ HA CAMBIADO de un cigarrillo más fuerte a un cigarrillo más suave durante un período de 6 meses o más?

C10a Para cada una de las declaraciones siguientes, por favor dígame si es una razón por la que CAMBIÓ de un cigarrillo más fuerte a uno más suave:

- (1) Sí
- (2) No

- (1) Cambió porque creía que un cigarrillo más suave sería menos dañino para su salud.
- (2) Cambió como una manera de tratar de dejar de fumar.
- (3) Cambió para obtener un sabor más suave o ligero.

C10b ¿Cuál es la razón principal por la que cambió de un cigarrillo más fuerte a uno más suave - cómo una manera de tratar de dejar de fumar, o para fumar un cigarrillo menos dañino?

- (1) Para tratar de dejar de fumar
- (2) Para fumar un cigarrillo menos dañino
- (3) AMBAS

C11 Le voy a leer algunas declaraciones acerca de cómo se comparan los cigarrillos SUAVES con los cigarrillos REGULARES. Para cada declaración, por favor dígame si USTED cree que es cierta, falsa, o si no sabe.

- (1) Cierta
- (2) Falsa
- (3) Los cigarrillos suaves tienen menos alquitrán o nicotina que los cigarrillos regulares.
- (4) Los cigarrillos suaves son menos dañinos.
- (5) Los cigarrillos suaves se sienten más ligeros y agradables en el pecho.

D

Da Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha TRATADO alguna vez de DEJAR de fumar POR COMPLETO?

D1 ¿Ha dejado ALGUNA VEZ de fumar durante un día o más PORQUE ESTABA TRATANDO DE DEJAR DE FUMAR?

D2 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dejado de fumar durante un día o más PORQUE ESTABA TRATANDO DE DEJAR DE FUMAR?

D3 ¿Cuántas VECES durante los últimos 12 meses ha dejado de fumar durante un día o más PORQUE ESTABA TRATANDO DE DEJAR DE FUMAR?

D3V He anotado que usted ha dejado de fumar [fill entry D3] veces durante un día o más en los últimos 12 meses porque estaba TRATANDO de dejar de fumar? ¿Es correcto esto?

D3b ¿Diría usted que fue más de 3 veces, o menos?

- (1) Más de 3 veces
- (2) Menos de 3 veces

D4 La ÚLTIMA VEZ que dejó de fumar porque estaba TRATANDO de dejar de fumar, ¿durante cuánto tiempo dejó de hacerlo?

D4@NUM [ENTER NUMBER]

D4@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses

D4V He anotado que la ÚLTIMA VEZ que dejó de fumar en los últimos 12 meses PORQUE ESTABA TRATANDO DE DEJAR DE FUMAR fue durante [fill entry D4]? ¿Es correcto esto?

D5 ¿Fueron los/las [fill entry D4] el período de tiempo más LARGO que usted dejó de fumar en los últimos 12 meses?

D6 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿cuál es el período de tiempo más LARGO que usted dejó de fumar porque estaba TRATANDO de dejar de fumar?

D6@NUM [ENTER NUMBER]

D6@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses

D6V He anotado que el período de tiempo más LARGO que usted dejó de fumar en los últimos 12 meses porque estaba TRATANDO de dejar de fumar fue [fill entry D6]? ¿Es correcto ésto?

D6b ¿Fue más de una semana, o menos?

- (1) Más
- (2) Menos
- (3) Una semana

D7 ¿Ha intentado seriamente dejar de fumar ALGUNA VEZ porque estaba TRATANDO de dejar de fumar, incluso si dejó de hacerlo durante menos de un día?

D8 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha intentado seriamente dejar de fumar porque estaba TRATANDO de dejar de fumar?

E

E1a Pensando en la (ÚLTIMA VEZ / vez) que trató de DEJAR de fumar en los últimos 12 meses:

(1) ¿Utilizó usted ALGUNO de los siguientes PRODUCTOS:

- (1) Sí (2) No
- (1) Goma de mascar de nicotina
- (2) Un parche de nicotina
- (3) Un spray/atomizador nasal de nicotina
- (4) Un inhalador de nicotina
- (5) Una pastilla de nicotina
- (6) Una tableta de nicotina

(2) ¿Un comprimido o píldora recetada, como Zyban, Bupropion o Wellbutrin?

E1b Pensando en la (ÚLTIMA VEZ / vez) que trató de DEJAR de fumar en los últimos 12 meses: ¿Utilizó usted ALGUNO de lo siguiente:

- (1) Sí (2) No
- (A) Una línea telefónica de ayuda o para dejar de fumar
- (B) Una clínica, clase o grupo de apoyo para dejar de fumar
- (C) Asesoría/consejería personal
- (D) Ayuda o apoyo de amigos y familiares
- (E) La Internet o la Red Mundial (World Wide Web)
- (F) Libros, panfletos, videos u otros materiales
- (G) Acupuntura o hipnosis [IF YES:] ¿Cuál –
 - (1) Acupuntura
 - (2) Hipnosis
 - (3) Ambos

E1c La (ÚLTIMA VEZ / vez) que trató de DEJAR de fumar en los últimos 12 meses, ¿hizo algunas de las SIGUIENTES cosas:

(1) Sí (2) No

- (A) Tratar de dejar de fumar reduciendo gradualmente la cantidad de cigarrillos?
- (B) Tratar de dejar de fumar cambiando a tabaco de mascar, tabaco en polvo o rapé, puros/cigarros o pipas?
- (C) Cambiar a “suaves” para TRATAR DE DEJAR DE FUMAR?
- (D) Dejar de fumar cigarrillos repentinamente? [IF YES] ¿Diría usted que TRATÓ DE DEJAR DE FUMAR “en seco” o TRATÓ de alguna otra manera?
 - (1) “En seco”
 - (2) De OTRA maneraEnspecifique:

E2 La (ÚLTIMA VEZ/vez) que trató de DEJAR de fumar en los últimos 12 meses. ¿Utilizó ALGÚN OTRO método o producto?

E2b ¿Qué OTROS métodos, estrategias, productos o tratamientos utilizó? Especifique:

F

F1 En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visto a algún médico, dentista, enfermera u otro profesional de la salud?

F2 Durante los últimos 12 meses, ¿le ACONSEJÓ algún médico, dentista, enfermera o profesional de la salud que dejara de fumar?

F3 En los ÚLTIMOS 12 MESES, cuando alguno de esos profesionales le aconsejó que dejara de fumar, ¿ él o ella hizo también algo de lo siguiente?:

(1) Sí (2) No

- (A) Recetarle un spray/atomizador nasal, un parche, un inhalador, una pastilla o píldoras de nicotina, como Zyban?
- (B) Recomendarle goma de mascar o un parche de nicotina, u otro producto no recetado que contenga nicotina?
- (C) Sugerirle fijar una fecha específica para dejar de fumar?
- (D) Sugerirle recurrir a una clase, programa, una línea telefónica o asesoría para dejar de fumar?
- (E) Proporcionarle folletos, videos u otros materiales para ayudarle a dejar de fumar por cuenta propia? [DO NOT READ]
- (F) NONE OF THE ABOVE

F4 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿pasó ALGÚN tiempo con usted un médico, dentista, enfermera u otro profesional de la salud hablándole acerca de cómo tratar de dejar de fumar?

F5 ¿Cuál de los profesionales de salud que usted vio en los últimos 12 meses pasó más tiempo aconsejándole sobre el dejar de fumar?

- (1) Médico
- (2) Enfermera
- (3) Dentista
- (4) Higienista
- (5) Otro profesional de salud

F5SPC SPECIFY OTHER HEALTH PROFESSIONAL

G

G1 ¿Está considerando seriamente dejar de fumar dentro de los próximos 6 meses?

G2 ¿Piensa dejar de fumar dentro de los próximos 30 días?

G3 En general, en una escala de 0 a 10, donde 0 es no interesado EN ABSOLUTO y 10 es EXTREMADAMENTE interesado, ¿qué tan interesado está usted en dejar de fumar?

G4 Si de hecho tratara de dejar de fumar por completo dentro de los próximos 6 meses, ¿qué tan PROBABLE cree que es que tenga éxito: no es probable, poco probable, algo probable, o muy probable?

- (1) No es probable
- (2) Un poco probable
- (3) Algo probable
- (4) Muy probable

H

H1 ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace desde que dejó de fumar cigarrillos POR COMPLETO?

H1@NUM [ENTER NUMBER]

H1@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses
- (4) Años

H1ERR [DO NOT READ]

H1V He anotado que hace más o menos [fill entry H5] (semanas/meses) desde que usted dejó de fumar cigarrillos por completo. ¿Es correcto ésto?

H2 ¿Ha fumado ALGUNA VEZ cigarrillos TODOS LOS DÍAS durante un mínimo de 6 meses?

H3 ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que usted fumó cigarrillos TODOS LOS DÍAS?

H3@NUM [ENTER NUMBER]

H3@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses
- (4) Años

H3ERR [DO NOT READ]

H3V He anotado que han pasado [fill entry H3] desde la última vez que usted fumó cigarrillos todos los días. ¿Es correcto ésto?

H4 La última vez que fumó todos los días, ¿en promedio cuántos cigarrillos fumaba cada día?

H4V He anotado que la última vez que usted fumó todos los días, en promedio fumaba [fill entry H3] cigarrillos al día. ¿Es correcto ésto?

H5 MÁS O MENOS, ¿cuántos años en total fumó usted TODOS LOS DÍAS? No incluya ningún período de tiempo en que dejó de fumar durante por 6 meses o más.

H5V He anotado que sin incluir ningún período de tiempo en que usted dejó de fumar durante 6 meses o más, usted fumó todos los días por más o menos [fill entry H5] años en total. ¿Es correcto ésto?

H6 Durante este tiempo, HACE 12 MESES, ¿fumaba usted cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

- (1) Todos los días
- (2) Algunos días
- (3) Nunca

H6a En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha visto a algún médico, dentista, enfermera u otro profesional de la salud?

H6b Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le ACONSEJÓ algún médico, dentista, enfermera o profesional de la salud que dejara de fumar?

H7a Piense en el AÑO ANTERIOR, ANTES DE QUE DEJÓ DE FUMAR. Durante ese tiempo, ¿era su marca acostumbrada de cigarrillos mentolada o no mentolada?

- (1) Mentolada
- (2) No mentolada
- (3) NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO

H7b Una vez más, en el AÑO ANTERIOR, ANTES DE QUE DEJÓ DE FUMAR, ¿qué tipo de cigarrillos fumaba usted con más frecuencia: regulares, suaves, ultrasuaves, o algún otro tipo?

- (1) Regulares/sabor pleno
- (2) Suaves/ligeros
- (3) Ultrasuaves
- (4) NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO
- (5) OTRO TIPO

H7bSPC SPECIFY "Otro tipo" FROM H7b

H7c Durante el año anterior a cuando dejó de fumar, por favor dígame si cada una de las declaraciones siguientes era cierta para usted:
(1) Cierta (2) Falsa

- (A) Usted fumaba (suaves/ultrasuaves) [fill entry H7b] porque creía que eran menos dañinos para su salud que los cigarrillos regulares.
- (B) Usted fumaba (suaves/ultrasuaves) como una manera de tratar de dejar de fumar.
- (C) Usted fumaba (suaves/ultrasuaves) porque tenían un sabor más suave o ligero que los cigarrillos regulares.

H7d ¿Cuál era la razón más importante por la que usted fumaba (suaves/ultrasuaves) el año anterior a cuando dejó de fumar- porque creía que eran menos dañinos para su salud, o porque estaba tratando de dejar de fumar?

- (1) Menos dañinos
- (2) Estaba tratando de dejar de fumar
- (3) AMBAS

H8a Durante el año anterior a cuando dejó de fumar, ¿qué tan pronto después de despertarse fumaba típicamente su primer cigarrillo?

H8a@NUM [ENTER NUMBER]

H8a@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Minutos
- (2) Horas

H8b Durante el año anterior a cuando dejó de fumar, ¿diría usted que fumaba su primer cigarrillo del día dentro de los primeros 30 minutos?

H9 Durante el año anterior a cuando dejó de fumar por favor dígame si cada una de las declaraciones siguientes era cierta para USTED:
(1) Cierta/Sí (2) Falsa/No

(A) Le costaba trabajo no fumar por más de algunas horas.

(B) Incluso si estuviera cayendo una tormenta, si se le hubieran acabado los cigarrillos, probablemente hubiera ido a la tienda a comprar más.

(C) Cuando no había fumado durante algunas horas, sentía ansias de fumar.

(D) Si hubiera estado en un lugar público donde no estaba permitido fumar, probablemente hubiera salido afuera para fumar un cigarrillo, incluso en tiempo frío o lluvioso.

H10a Ahora quisiera preguntarle CÓMO dejó de fumar por completo.

(1) Cuando dejó de fumar por completo, ¿utilizó usted alguno de los siguientes PRODUCTOS:

(1) Sí (2)No

- (1) Goma de mascar de nicotina
- (2) Un parche de nicotina
- (3) Un espray/atomizador nasal de nicotina
- (4) Un inhalador de nicotina
- (5) Una pastilla de nicotina
- (6) Una tableta de nicotina

(2) ¿Un comprimido o píldora recetada, como Zyban, Bupropion o Wellbutrin?

H10b Cuando usted dejó de fumar por completo, ¿utilizó ALGUNO de lo siguiente?
(1) Sí (2)No

- (A) Una línea telefónica de ayuda o para dejar de fumar
- (B) Una clínica, clase o grupo de apoyo para dejar de fumar
- (C) Asesoría/consejería personal
- (D) Ayuda o apoyo de amigos y familiares
- (E) La Internet o la Red Mundial (World Wide Web)
- (F) Libros, panfletos, videos u otros materiales
- (G) Acupuntura o hipnosis [IF YES:] ¿Cuál ?-
(1) Acupuntura
(2) Hipnosis
(3) Ambos

H10c Cuando usted dejó de fumar por completo, ¿ hizo ALGUNAS de las siguientes cosas? Por favor mencione TODOS los métodos, sin importar si usted considera que fueron efectivos:
(1) Sí (2)No

- (A) Tratar de dejar de fumar reduciendo gradualmente la cantidad de cigarrillos
- (B) Tratar de dejar de fumar cambiando a tabaco de mascar, tabaco en polvo o rapé, puros/cigarros/ tabacos o pipas
- (C) Cambiar a “suaves” para dejar de fumar
- (D) Dejar de fumar cigarrillos repentinamente [IF YES:] ¿Diría usted que dejó de fumar “en seco” o de alguna otra manera?
(1) “En seco” (2) De otra manera
Especifique:

H11a Ahora piense en TODAS las veces que trató de dejar de fumar en el AÑO ANTERIOR A CUANDO realmente DEJÓ DE FUMAR. ¿Utilizó ALGÚN OTRO método, o producto?

H11b ¿Qué OTROS métodos, estrategias, productos o tratamientos utilizó?

H12 Durante el tiempo que usted fumó, ¿CAMBIÓ ALGUNA VEZ de un cigarrillo más fuerte a un cigarrillo más suave por lo menos 6 meses?

H13 Para cada una de las declaraciones siguientes, por favor dígame si fue una razón por la que CAMBIÓ de un cigarrillo más fuerte a uno más suave:
(1) Cierta (2) Falsa

- (A) Cambió porque creía que un cigarrillo más suave sería menos dañino para su salud.
- (B) Cambió como una manera de tratar de dejar de fumar
- (C) Cambió para obtener un sabor más suave o ligero.

H13d ¿Cuál es la razón PRINCIPAL por la que cambió de un cigarrillo más fuerte a uno más suave-cómo una manera de tratar de dejar de fumar, o para fumar un cigarrillo menos dañino?

- (1) Para tratar de dejar de fumar
- (2) Para fumar un cigarrillo menos dañino

J

J Las siguientes preguntas son acerca del uso de tabaco que no sea en forma de cigarrillos.

J1a ¿Ha usado (usted/name) ALGUNA VEZ una pipa, puro/cigarro, tabaco de mascar, o tabaco en polvo/rapé, INCLUSO UNA SOLA VEZ?

[Nota: “tabaco de mascar” tal como Redman, Levi Garrett, o Beechnut]
[Nota: “tabaco en polvo” o “rapé” tal como Skoal, Skoal Bandits, Copenhagen]

J1b ¿Cuáles – una pipa, un puro/cigarro, tabaco de mascar o tabaco en polvo/rapé?

- (1) Fumé una pipa
- (2) Fumé puros/cigarros
- (3) Usé tabaco de mascar
- (4) Usé tabaco en polvo o rapé

J2a ¿Fuma/usa (usted/name) AHORA..... [fill entry J1b] todos los días, algunos días, o nunca?

- (1) Todos los días
- (2) Algunos días
- (3) Nunca

J2b ¿Durante cuántos de los últimos 30 días fumó/usó usted [fill entry J1b]?

J2bV Usted dijo que fumó/usó [fill entry J1b] algunos días. ¿Es correcto ésto?

J3a ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente fuma su primer cigaro/puro?

J3a@NUM [ENTER NUMBER]

J3a@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Minutos
- (2) Horas

J3a@3 ¿Diría usted que fuma su primer cigarro/puro del día dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

J3b ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente fuma una pipa POR PRIMERA VEZ?

J3b@NUM [ENTER NUMBER]

J3b@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Minutos
- (2) Horas

J3b@3 ¿Diría usted que fuma su primera pipa del día dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

J3c ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente usa tabaco de mascar POR PRIMERA VEZ?

J3c@NUM [ENTER NUMBER]

J3c@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (3) Minutos
- (4) Horas

J3c@3 ¿Diría usted que usa tabaco de mascar por primera vez dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

J3d ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente usa tabaco en polvo/rapé POR PRIMERA VEZ?

J3d@NUM [ENTER NUMBER]

J3d@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (3) Minutos
- (4) Horas

J3d@3 ¿Diría usted que usa tabaco en polvo/rapé por primera vez dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

J4 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ha dejado usted de fumar/usar [fill entry J1b] durante un día o más DEBIDO A QUE ESTABA TRATANDO DE DEJAR DE FUMAR/USARLO?

J5 La ÚLTIMA VEZ que dejó de fumar/usar [fill entry Box 39] PORQUE ESTABA TRATANDO DE DEJAR DE FUMAR/USARLO, ¿durante cuánto tiempo dejó de hacerlo?

J5@NUM [ENTER NUMBER]

J5@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses

J5V He anotado que la ÚLTIMA VEZ que dejó de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses porque estaba TRATANDO de dejar de fumarlo/usarlo fue durante [fill entry J5]? ¿Es correcto ésto?

J6a ¿Fueron los/las [fill entry J5] el período de tiempo MÁS LARGO que usted dejó de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses?

J6b Durante los últimos 12 MESES, ¿cuál es el período de tiempo MÁS LARGO que dejó de fumar/usar [fill entry Box 39] porque estaba TRATANDO de dejar de fumar?

J6b@NUM [ENTER NUMBER]

J6b@UNT [ENTER UNIT REPORTED]

- (1) Días
- (2) Semanas
- (3) Meses

J6bV He anotado que el período de tiempo MÁS LARGO que dejó de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses porque estaba TRATANDO de dejar de fumarlo/usarlo fue de [fill entry J6b]? ¿Es correcto ésto?

J7a Pensando en la última vez que usted trató de DEJAR de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses:

(1) ¿Utilizó usted ALGUNO de los siguientes PRODUCTOS:

(1) Sí (2) No

- (1) Goma de mascar de nicotina
- (2) Un parche de nicotina
- (3) Un espray/atomizador nasal de nicotina
- (4) Un inhalador de nicotina
- (5) Una pastilla de nicotina
- (6) Una tableta de nicotina

(2) ¿Un comprimido o píldora recetada, como Zyban, Bupropion o Wellbutrin?

J7b Pensando en la última vez que trató de DEJAR de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses: ¿Utilizó usted ALGUNO de lo siguiente:

(1) Sí (2) No

- (A) Una línea telefónica de ayuda o para dejar de fumar/usar
- (B) Una clínica, clase o grupo de apoyo para dejar de fumar/usar
- (C) Consejería/asesoría personal
- (D) Ayuda o apoyo de amigos y familiares
- (E) La Internet o la Red Mundial (World Wide Web)
- (F) Libros, panfletos, videos u otros materiales
- (G) Consejo de un médico, dentista u otro profesional de la salud [IF YES:] ¿Cuál –
 - (1) Médico,
 - (2) Dentista
 - (3) Otro profesional de la salud
 - (4) Más de una de las opciones anteriores
- (H) Acupuntura o hipnosis [IF YES:] ¿Cuál –
 - (1) Acupuntura
 - (2) Hipnosis
 - (3) Ambos

J7c La última vez que trató de DEJAR de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses: ¿Hizo algunas de las SIGUIENTES cosas:

- (1) Sí (2) No

(A) TRATÓ DE DEJAR DE FUMAR reduciendo gradualmente la cantidad de (fill entry Box 39)?

(B) Trató de DEJAR DE FUMARLO/USARLO REPENTINAMENTE? [IF YES] ¿Diría usted que TRATÓ DE DEJAR DE FUMARLO/USARLO “en seco” o TRATÓ de alguna otra manera?

- (1) “En seco”
(2) De otra manera Especifique:

J7d La ÚLTIMA VEZ que trató de DEJAR de fumar/usar [fill entry Box 39] en los últimos 12 meses: ¿utilizó ALGÚN OTRO método o producto?:

J7dSPC Especifique:

JJ

JJ1 Ahora le voy a preguntar sobre su uso de nuevos productos de tabaco que supuestamente contienen menos substancias químicas dañinas. ¿Ha probado usted alguna vez un producto llamado...

- (1) Sí (2) No

- (1) Eclipse?
(2) Accord?
(3) Arriva?
(4) Exalt?
(5) Revel?
(6) Omni?
(7) Advance?

K

K1 ¿Cuál de lo siguiente describe mejor el área donde usted trabaja LA MAYOR PARTE del tiempo?

- (1) Trabaja principalmente en áreas interiores
(2) Trabaja principalmente al aire libre
(3) Viaja a diversos edificios o lugares
(4) En un vehículo de motor, o -
(5) En algún otro lugar
(6) VARIES [DO NOT READ]

K1SPC Especifique:

K1b (Usted dijo que actualmente trabaja en un área interior). Trabaja usted principalmente en un lugar de oficina, en su propio hogar, en el hogar de otra persona, o en otro área interior?

- (1) Lugar de oficina
(2) Su propio hogar
(3) El hogar de otra persona
(4) Otro área interior

K1c ¿En qué estado (incluyendo el Distrito de Columbia) trabaja usted en su empleo o negocio principal?

K2a ¿En su lugar de trabajo hay alguna norma o regla oficial que restrinja fumar de alguna manera?

K3a ¿Cuál de lo siguiente describe mejor la norma o regla de su lugar de trabajo en cuanto a fumar en ÁREAS INTERIORES PÚBLICAS O COMUNES, tales como vestíbulos, baños y comedores?

- (1) No se permite en NINGÚN área pública
(2) Se permite en ALGUNAS áreas públicas
(3) Se permite en TODAS las áreas públicas
[ENTER (4) IF NOT APPLICABLE]

K3b ¿Cuál de lo siguiente describe mejor la norma o regla de su lugar de trabajo en cuanto a fumar en ÁREAS DE TRABAJO?

- (1) No se permite en NINGÚN área de trabajo
(2) Se permite en ALGUNAS áreas de trabajo
(3) Se permite en TODAS las áreas de trabajo
[ENTER (4) IF NOT APPLICABLE]

K4 ¿Cuál declaración describe mejor las normas o reglas de fumar DENTRO DE SU HOGAR?

- (1) Nadie puede fumar en ninguna parte DENTRO DE SU HOGAR
(2) Se permite fumar en algunos lugares o a ciertas horas DENTRO DE SU HOGAR
(3) Se permite fumar en cualquier parte DENTRO DE SU HOGAR

K5 En bares y salones sociales, ¿CREE usted que el fumar debe permitirse en todos lugares, permitirse en algunos lugares, o no debe permitirse en ningún lugar?

- (1) Permitirse en todos lugares
(2) Permitirse en algunos lugares
(3) No debe permitirse en ningún lugar