

TOBACCO USE SUPPLEMENT

CURRENT POPULATION SURVEY

CHINESE, ENGLISH, KHMER, KOREAN, SPANISH, VIETNAMESE

TUS-CPS SPANISH-TRANS PAPER-AND-PENCIL INSTRUMENT

Revised Fall 2005

A downloadable version of this document, and of other translations of the 2003 Tobacco Supplement to the Current Population Survey, may be obtained from <http://riskfactor.cancer.gov/studies/tus-cps/translation/>

This questionnaire is a slightly modified version of the 2003 Tobacco Use Special Cessation Supplement to the Current Population Survey (TUSCS-CPS), which is part of the continuing series of Tobacco Use Supplements to the Current Population Survey.



SECTION A. SCREENING – ALL RESPONDENTS

A1 **¿Ha fumado 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."

[100 CIGARETTES = APPROXIMATELY 5 PACKS]

- ¹ SÍ
- ² NO → **TERMINATE**
- ⁻⁷ REFUSED → **TERMINATE**
- ⁻⁸ DON'T KNOW → **TERMINATE**

A2 **¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar cigarrillos por primera vez en forma bastante regular?**

AGE

- ¹ NEVER SMOKED REGULARLY
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

A3 **¿Fuma ahora cigarrillos todos los días, algunos días, o nunca?**

- ¹ TODOS LOS DIAS → **GO TO SECTION B, NEXT PAGE**
- ² ALGUNOS DIAS → **GO TO SECTION C, PAGE 10**
- ³ NUNCA → **GO TO SECTION H, PAGE 25**
- ⁻⁷ REFUSED → **TERMINATE**
- ⁻⁸ DON'T KNOW → **TERMINATE**

SECTION B. EVERY DAY SMOKER HISTORY/CONSUMPTION SERIES

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

[ONE PACK USUALLY EQUALS 20 CIGARETTES. IF CONVERTING PACKS TO CIGARETTES, ALWAYS VERIFY CALCULATION WITH RESPONDENT.]

_____ **→GO TO B2**
NUMBER

- ⁻⁷ REFUSED **→GO TO B1a**
⁻⁸ DON'T KNOW **→GO TO B1a**

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)
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ MENTOLADA
² NO MENTOLADA
³ NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ REGULARES/SABOR PLENO **→GO TO B5a**
² SUAVES/LIGEROS
³ ULTRASUAVES
⁴ NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO **→GO TO B5a**
⁵ OTRO TIPO (SPECIFY) _____ **→GO TO B5a**
⁻⁷ REFUSED **→GO TO B5a**
⁻⁸ DON'T KNOW **→GO TO B5a**

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

(A) Usted fuma ahora (suaves/ultrasuaves) porque cree que son menos dañinos para su salud que los cigarrillos regulares

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Usted fuma ahora (suaves/ultrasuaves) como una manera de tratar de dejar de fumar

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(C) Usted fuma ahora (suaves/ultrasuaves) porque tienen un sabor más suave o ligero que los cigarrillos regulares?

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF B4(A) AND B4(B) ARE BOTH TRUE, GO TO B4d.

OTHERWISE, GO TO B5a.

B4d ¿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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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

_____ ¹ MINUTOS → GO TO B5c ² HORAS → GO TO B5c
NUMBER

- ³ VARÍA
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ SÍ
- ² NO
- ³ VARÍA
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

B5c Por favor dígame si cada una de las declaraciones siguientes es cierta para usted. Me puede contestar si es cierta o falsa, o me puede contestar sí o no.

(A) Le es difícil no fumar por más de algunas horas.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Incluso si está cayendo una tormenta, si se le acabaran los cigarrillos, probablemente iría a la tienda a comprar más.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(C) Cuando no ha fumado durante algunas horas, siente ansias de fumar.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(D) Si estuviera en un lugar público donde no estuviera permitido fumar, probablemente saldría afuera para fumar un cigarrillo, incluso en tiempo frío o lluvioso.

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ CAJETILLA/PAQUETE
² CARTÓN → GO TO B6c
³ COMPRA TANTO CAJETILLAS/PAQUETES COMO CARTONES
⁴ NO COMPRA SUS PROPIOS CIGARRILLOS → GO TO B7
⁻⁷ REF. SED
⁻⁸ DON'T KNOW

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.

\$ ____ . ____ ____ → GO TO B6d

- ⁻⁷ REFUSED → GO TO B6d
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO B6d

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

\$ ____ . ____ ____

- ⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

B6d ¿Compró usted su última(o) (cajetilla/paquete/cartón) de cigarrillos en [fill respondent's state of residence] o en algún otro estado?

- ¹ IN STATE OF RESIDENCE (SPECIFY) _____
² IN SOME OTHER STATE OR DC (SPECIFY) _____
³ BOUGHT SOME OTHER WAY (INTERNET, OTHER COUNTRY) (SPECIFY) _____
⁻⁷ REFUSED

-8 DON'T KNOW

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.

YEARS

- ¹ LESS THAN ONE YEAR
- ² NONE
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

B9 ¿Alguna vez ha cambiado de un cigarrillo más fuerte a un cigarrillo más suave por lo menos 6 meses o más?

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO → GO TO B11
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO B11
- ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO B11

B10 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) Cambió porque creía que un cigarrillo más suave sería menos dañino para su salud.

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(2) Cambió como una manera de tratar de dejar de fumar.

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(3) Cambió para obtener un sabor más suave o ligero.

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF B10(1) AND B10(2) ARE BOTH YES, GO TO B10b.

OTHERWISE, GO TO B11.

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 DEJAR DE FUMAR
² PARA FUMAR UN CIGARRILLO MENOS DAÑINO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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 en su opinión cree que es cierta, falsa, o si no sabe.

(A) Los cigarrillos suaves tienen menos alquitrán o nicotina que los cigarrillos regulares.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Los cigarrillos suaves son menos dañinos.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(C) Los cigarrillos suaves se sienten más ligeros y agradables en el pecho.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

GO TO D1, THE SECOND QUESTION IN SECTION D, PAGE 17.

SECTION C. SOME DAY SMOKER HISTORY/CONSUMPTION SERIES

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

- ¹ NONE → GO TO C2
² 30 DAYS
³ LESS THAN 30 DAYS (SPECIFY) _____
⁻⁷ REFUSED → GO TO C2
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO C2

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

[ONE PACK USUALLY EQUALS 20 CIGARETTES. IF CONVERTING PACKS TO CIGARETTES, ALWAYS VERIFY CALCULATION WITH RESPONDENT.]

NUMBER

- ⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ MENTOLADA
² NO MENTOLADA
³ NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ REGULARES/SABOR PLENO → GO TO C5a
² SUAVES/LIGEROS
³ ULTRASUAVES
⁴ NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO → GO TO C5a
⁵ OTRO TIPO (SPECIFY) _____ → GO TO C5a
⁻⁷ REFUSED → GO TO C5a
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO C5a

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

(1) Usted fuma ahora (suaves/ultrasuaves) porque cree que son menos dañinos para su salud que los cigarrillos regulares.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(2) Usted fuma ahora (suaves/ultrasuaves) como una manera de tratar de dejar de fumar.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(3) Usted fuma ahora (suaves/ultrasuaves) porque tienen un sabor más suave o ligero que los cigarrillos regulares.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF C4(1) AND C4(2) ARE BOTH TRUE, GO TO C4d.

OTHERWISE, GO TO C5a.

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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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

_____ ¹ MINUTOS → GO TO C6a ² HORAS → GO TO C6a
NUMBER

- ³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ SÍ
² NO
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ CAJETILLA/PAQUETE
² CARTÓN → GO TO C6c
³ COMPRA TANTO CAJETILLAS/PAQUETES COMOS CARTONES
⁴ NO COMPRA SUS PROPIOS CIGARRILLOS → GO TO C7a
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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.

\$ ____ . ____ ____ → GO TO C6d

- ⁻⁷ REFUSED → GO TO C6d
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO C6d

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

\$ ____ . ____

⁻⁷ REFUSED

⁸ DON'T KNOW

C6d ¿Compró usted su última(o) (cajetilla/paquete/cartón) de cigarrillos en [RESPONDENT'S STATE OF RESIDENCE] o en algún otro estado?

¹ IN STATE OF RESIDENCE (SPECIFY) _____

² IN SOME OTHER STATE OR DC (SPECIFY) _____

³ BOUGHT SOME OTHER WAY (INTERNET, OTHER COUNTRY) (SPECIFY)

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

C7a ¿Alguna vez ha fumado usted cigarrillos todos los días por lo menos 6 meses?

¹ SÍ

² NO → GO TO C8

⁻⁷ REFUSED → GO TO C8

⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO C8

C7b ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que usted fumó cigarrillos todos los días?

NUMBER

¹ DÍAS

² SEMANAS

³ MESES

⁴ AÑOS

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

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

NUMBER

- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

C7d ¿Cuántos años en total fumó usted todos los días? No incluya ningún período de tiempo en que haya dejado de fumar durante 6 meses o más.

YEARS

- 1 LESS THAN ONE YEAR
- 2 NONE
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

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
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

C9 ¿Alguna vez ha cambiado de un cigarrillo más fuerte a un cigarrillo más suave durante un período de 6 meses o más?

- 1 SÍ
- 2 NO → GO TO C11
- 7 REFUSED → GO TO C11
- 8 DON'T KNOW → GO TO C11

C10 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:

(A) Cambió porque creía que un cigarrillo más suave sería menos dañino para su salud.

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Cambió como una manera de tratar de dejar de fumar.

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(C) Cambió para obtener un sabor más suave o ligero.

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF C10(A) AND C10(B) ARE BOTH YES, GO TO C10b.

OTHERWISE, GO TO C11.

C10b ¿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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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 en su opinión cree que es cierta, falsa, o si no sabe.

(A) Los cigarrillos suaves tienen menos alquitrán o nicotina que los cigarrillos regulares.

- ¹ CIERTA
- ² FALSA
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Los cigarrillos suaves son menos dañinos.

- ¹ CIERTA
- ² FALSA
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(C) Los cigarrillos suaves se sienten más ligeros y agradables en el pecho.

- ¹ CIERTA
- ² FALSA
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF C1 IS 12 DAYS OR MORE, GO TO D1, THE SECOND QUESTION ON THE NEXT PAGE.
OTHERWISE, GO TO Da, THE FIRST QUESTION ON THE NEXT PAGE.

**SECTION D. PAST 12-MONTH QUIT ATTEMPTS –
EVERY DAY AND SOME DAY SMOKERS**

Da Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado alguna vez de dejar de fumar por completo?

- ¹ SÍ → GO TO D4
² NO → GO TO F1, PAGE 22
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

D1 ¿Ha dejado alguna vez de fumar durante un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

- ¹ SÍ
² NO → GO TO D7
⁻⁷ REFUSED → GO TO D7
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO D7

D2 Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

- ¹ SÍ
² NO → GO TO D8
⁻⁷ REFUSED → GO TO D8
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO D8

D3 ¿Cuántas veces durante los últimos 12 meses ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

- ¹ 1 → GO TO D6
² 10 OR LESS (SPECIFY) _____ → GO TO D4
³ MORE THAN 10 (SPECIFY) _____ → GO TO D4
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ MÁS DE 3 VECES
- ² MENOS DE 3 VECES
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

D4 La última vez que dejó de fumar porque estaba tratando de dejar de fumar, ¿durante cuánto tiempo dejó de hacerlo?

- _____
- NUMBER
- ¹ DÍAS
 - ² SEMANAS
 - ³ MESES
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO D6
 - ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO D6

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

- ¹ SÍ → GO TO SECTION E, PAGE 20
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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?

- _____
- NUMBER
- ¹ DÍAS → GO TO SECTION E, PAGE 20
 - ² SEMANAS → GO TO SECTION E, PAGE 20
 - ³ MESES → GO TO SECTION E, PAGE 20
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO D6b
 - ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO D6b

D6b ¿Fue más de una semana, o menos?

- ¹ MÁS → GO TO SECTION E, PAGE 20
- ² MENOS → GO TO SECTION E, PAGE 20
- ³ UNA SEMANA → GO TO SECTION E, PAGE 20
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO SECTION E, PAGE 20
- ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO SECTION E, PAGE 20

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?

- ¹ Sí
- ² NO → GO TO SECTION F, PAGE 22
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO SECTION F, PAGE 22
- ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO SECTION F, PAGE 22

D8 Durante los últimos 12 meses, ¿ha intentado seriamente dejar de fumar porque estaba tratando de dejar de fumar?

- ¹ Sí
- ² NO → GO TO SECTION F, PAGE 22
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO SECTION F, PAGE 22
- ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO SECTION F, PAGE 22

**SECTION E. PAST (12-MONTH) QUIT ATTEMPTS –
EVERY DAY AND SOME DAY SMOKERS**

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF D3 = 1, USE “TIME” IN SECTION E.

OTHERWISE, USE “LAST TIME.”

E1 Pensando en la (última vez/vez) que trató de dejar de fumar en los últimos 12 meses.

¿Utilizó usted alguno de los siguientes productos:

- | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Goma de mascar de nicotina | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| Un parche de nicotina | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| Un espray/atomizador nasal de nicotina | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| Un inhalador de nicotina | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| Una pastilla de nicotina | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| Una tableta de nicotina | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| ¿Un comprimido o píldora recetada, como
Zyban, Bupropion o Wellbutrin? | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |

E1b Pensando en la (última vez/vez) que trató de dejar de fumar en los últimos 12 meses:

¿Utilizó usted alguno de los siguientes:

- | | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| (A) Una línea telefónica de ayuda
o para dejar de fumar | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (B) Una clínica, clase o grupo de apoyo
para dejar de fumar | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (C) Asesoría/consejería personal | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (D) Ayuda o apoyo de amigos y familiares | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (E) La Internet o la Red Mundial
(World Wide Web) | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (F) Libros, panfletos, videos u otros
materiales | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (G) Acupuntura | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |
| (H) Hipnosis | 1 <input type="checkbox"/> SÍ | 2 <input type="checkbox"/> NO | -7 <input type="checkbox"/> REF | -8 <input type="checkbox"/> DK |

E1c La (última vez/vez) que trató de dejar de fumar en los últimos 12 meses: ¿Hizo algunas de las siguientes cosas:

(A) Tratar de dejar de fumar reduciendo gradualmente la cantidad de cigarrillos? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK

(B) Tratar de dejar de fumar cambiando a tabaco de mascar, tabaco en polvo o rapé, puros/cigarros o pipas? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK

(C) Cambiar a “suaves” para tratar de dejar de fumar? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK

(D) Dejar de fumar cigarrillos repentinamente ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK

[IF E1c(D)=YES, ASK] ¿Diría usted que trató de dejar de fumar “en seco” o trató de alguna otra manera?

¹ "EN SECO"

² DE OTRA MANERA (SPECIFY) _____

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

E2 La (última vez/vez) que trató de dejar de fumar en los últimos 12 meses: ¿Utilizó algún otro método o producto?

¹ SÍ (SPECIFY) _____

² NO

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

**SECTION F. DOCTOR/DENTIST ADVICE TO STOP SMOKING –
EVERY DAY AND SOME DAY SMOKERS**

F1 En los últimos 12 meses, ¿ha visto a algún médico, dentista, enfermera u otro profesional de la salud acerca de su propia salud?

- ¹ SÍ
² NO → GO TO SECTION G, PAGE 24
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ SÍ
² NO → GO TO SECTION G, PAGE 24
⁻⁷ REFUSED → GO TO SECTION G, PAGE 24
⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO SECTION G, PAGE 24

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

(A) Recetarle un espray/atomizador nasal, un parche, un inhalador, una pastilla o píldoras de nicotina, como Zyban?

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Recomendarle goma de mascar o un parche de nicotina, u otro producto no recetado que contenga nicotina?

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(C) Sugerirle fijar una fecha específica para dejar de fumar?

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(D) Sugerirle recurrir a una clase, programa, una línea telefónica o asesoría para dejar de fumar?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(E) Proporcionarle folletos, videos u otros materiales para ayudarle a dejar de fumar por cuenta propia?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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?

- ¹ SÍ
- ² NO → GO TO SECTION G, PAGE 24
- ⁻⁷ REFUSED → GO TO SECTION G, PAGE 24
- ⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO SECTION G, PAGE 24

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 DENTAL
- ⁵ OTRO PROFESIONAL DE SALUD (SPECIFY)

- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

**SECTION G. STAGES OF CHANGE –
EVERY DAY AND SOME DAY SMOKERS**

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

- ¹ SÍ
² NO →GO TO G3
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ SÍ
² NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

G3 En general, en una escala de 1 a 10, donde 1 es no interesado en absoluto y 10 es extremadamente interesado, ¿qué tan interesado está usted en dejar de fumar?

NUMBER

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF G3=1, GO TO SECTION J, PAGE 33. OTHERWISE, CONTINUE.

- ⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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, es un poco probable, algo probable, o muy probable?

- ¹ NO ES PROBABLE
² UN POCO PROBABLE
³ ALGO PROBABLE
⁴ MUY PROBABLE
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

GO TO SECTION J, PAGE 33.

**SECTION H. FORMER SMOKER SERIES – HISTORY/CONSUMPTION
QUIT METHODS, DOCTOR/DENTIST ADVICE**

H1 ¿Aproximadamente cuánto tiempo hace desde que dejó de fumar cigarrillos por completo?

NUMBER

- ¹ DÍAS
² SEMANAS
³ MESES
⁴ AÑOS

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

H2 ¿Ha fumado alguna vez cigarrillos todos los días durante un mínimo de 6 meses?

¹ SÍ

² NO → GO TO THE BOX BEFORE H6

⁻⁷ REFUSED → GO TO THE BOX BEFORE H6

⁻⁸ DON'T KNOW → GO TO THE BOX BEFORE H6

H3 ¿Más o menos cuánto tiempo hace desde la última vez que usted fumó cigarrillos todos los días?

NUMBER

- ¹ DÍAS
² SEMANAS
³ MESES
⁴ AÑOS

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

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

[ONE PACK USUALLY EQUALS 20 CIGARETTES. IF CONVERTING PACKS TO CIGARETTES, ALWAYS VERIFY CALCULATION WITH RESPONDENT]

NUMBER

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

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 6 meses o más.

NUMBER

¹ LESS THAN 1 YEAR

² NONE

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF **H1** IS 1 YEAR OR LESS, GO TO H6.

IF **H1** IS 5 YEARS OR MORE, GO TO SECTION J, PAGE 33.

IF **H1** IS MORE THAN 1 YEAR BUT LESS THAN 5 YEARS, DON'T KNOW OR REFUSED, GO TO H7a.

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

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

H6a En los últimos 12 meses, ¿ha visto a algún médico, dentista, enfermera u otro profesional de la salud acerca de su propia salud?

- ¹ SÍ
- ² NO → GO TO H7a
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

H6b Durante los últimos 12 meses, ¿le aconsejó algún médico, dentista, enfermera o profesional de la salud que dejara de fumar?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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 →GO TO H8a
- ² SUAVES/LIGEROS
- ³ ULTRASUAVES
- ⁴ NINGÚN TIPO ACOSTUMBRADO →GO TO H8a
- ⁵ OTRO TIPO (SPECIFY) _____ →GO TO H8a
- ⁻⁷ REFUSED →GO TO H8a
- ⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO H8a

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) Usted fumaba (suaves/ultrasuaves) porque creía que eran menos dañinos para su salud que los cigarrillos regulares.

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(2) Usted fumaba (suaves/ultrasuaves) como una manera de tratar de dejar de fumar.

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(3) Usted fumaba (suaves/ultrasuaves) porque tenían un sabor más suave o ligero que los cigarrillos regulares.

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF H7c(1) AND H7c(2) ARE BOTH TRUE, GO TO H7d.

OTHERWISE, GO TO H8a.

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
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

_____ ¹ MINUTOS → GO TO H9 ² HORAS → GO TO H9
NUMBER

- ³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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 después de despertarse?

- ¹ SÍ
² NO
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

H9 Durante el año anterior a cuando dejó de fumar, por favor dígame si cada una de las declaraciones siguientes era cierta para usted. Me puede contestar si es cierta o falsa, o me puede contestar sí o no.

(A) Le fué difícil no fumar por más de algunas horas.

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

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

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

(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?

- ¹ CIERTA/SÍ
² FALSA/NO
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

H10a Ahora quisiera preguntarle cómo dejó de fumar por completo. Cuando dejó de fumar por completo, ¿utilizó usted alguno de los siguientes productos? (2)

- | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|---|
| (1) | Goma de mascar de nicotina | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (2) | Un parche de nicotina | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (3) | Un espray/atomizador nasal de nicotina | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (4) | Un inhalador de nicotina | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (5) | Una pastilla de nicotina | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (6) | Una tableta de nicotina | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (7) | Un comprimido o píldora recetada,
como Zyban, Bupropion o Wellbutrin? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |

H10b Cuando usted dejó de fumar por completo, ¿utilizó alguno de los siguientes?

- | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|---|
| (1) | Una línea telefónica de ayuda o para dejar de fumar | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (2) | Una clínica, clase o grupo de apoyo para dejar de fumar | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (3) | Asesoría/consejería personal | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (4) | Ayuda o apoyo de amigos y familiares | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (5) | La Internet o la Red Mundial (World Wide Web) | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (6) | Libros, panfletos, videos u otros materiales | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (7) | Acupuntura | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (8) | Hipnosis | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |

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:

- (A) Tratar de dejar de fumar reduciendo gradualmente la cantidad de cigarrillos? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK
- (B) Tratar de dejar de fumar cambiando a tabaco de mascar, tabaco en polvo o rapé, puros/cigarros o pipas? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK
- (C) Cambiar a “suaves” para tratar de dejar de fumar? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK
- (D) Dejar de fumar cigarrillos repentinamente? ¹ SÍ ² NO ⁻⁷ REF ⁻⁸ DK

[IF H10c(D)=YES, ASK] Diría usted que trató de dejar de fumar “en seco” o trató de alguna otra manera?

- ¹ "EN SECO"
- ² DE OTRA MANERA (SPECIFY) _____
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

H11a Cuando usted dejó de fumar por completo -- ¿Utilizó algún otro método o producto?

- ¹ SÍ (SPECIFY) _____
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

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?

- ¹ SÍ
- ² NO →GO TO SECTION J, PAGE 33
- ⁻⁷ REFUSED →GO TO SECTION J, PAGE 33
- ⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO SECTION J, PAGE 33

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) Cambió porque creía que un cigarrillo más suave sería menos dañino para su salud.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(2) Cambió como una manera de tratar de dejar de fumar.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(3) Cambió para obtener un sabor más suave o ligero.

- ¹ CIERTA/SÍ
- ² FALSA/NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION
IF H13(A) AND(B) ARE BOTH TRUE, GO TO H13d.
OTHERWISE, GO TO SECTION J, PAGE 33.

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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

SECTION J. OTHER TOBACCO USE – ALL RESPONDENTS

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

PIPE SERIES

J1a ¿Ha usado alguna vez una pipa, incluso una sola vez?

- ¹ SÍ
- ² NO →GO TO J1b, PAGE 35
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J2a ¿Fuma actualmente pipa todos los días, algunos días, o nunca?

- ¹ EVERY DAY
- ² SOME DAYS

(A) ¿Durante cuántos de los últimos 30 días fumó una pipa?

- ¹ LESS THAN 30 (SPECIFY) _____
 - ² 30
 - ³ NONE
 - ⁻⁷ REFUSED
 - ⁻⁸ DON'T KNOW
-
- ³ NOT AT ALL
 - ⁻⁷ REFUSED
 - ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF R IS <u>NOT</u> A CURRENT CIGARETTE SMOKER (A3 ≠ “EVERY DAY” OR “SOME DAYS”), AND J2a = “EVERY DAY,” CONTINUE.

OTHERWISE, GO TO J1b (CIGAR SERIES), PAGE 35.

J3a_1 ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente fuma una pipa por primera vez?

_____ ¹ Minutos → GO TO J1b, NEXT PAGE
NUMBER ² Horas → GO TO J1b, NEXT PAGE

- ³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

J3a_2 ¿Diría usted que fuma su primera pipa del día dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

- ¹ SÍ
² NO
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

CIGAR SERIES

J1b ¿Ha usado alguna vez un puro/cigarro, incluso una sola vez?

- ¹ SÍ
- ² NO →GO TO J1c, PAGE 37
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J2b ¿Actualmente fuma puros todos los días, algunos días, o nunca?

- ¹ EVERY DAY
- ² SOME DAYS

(A) ¿Durante cuántos de los últimos 30 días fumó un puro?

- ¹ LESS THAN 30 (SPECIFY) _____
 - ² 30
 - ³ NONE
 - ⁻⁷ REFUSED
 - ⁻⁸ DON'T KNOW
-
- ³ NOT AT ALL
 - ⁻⁷ REFUSED
 - ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF R IS NOT A CURRENT CIGARETTE SMOKER (A3 ≠ “EVERY DAY OR “SOME DAYS), AND J2b = “EVERY DAY,” CONTINUE.

OTHERWISE, GO TO J1c (CHEWING TOBACCO SERIES), PAGE 37.

J3b_1 ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente fuma su primer puro/cigarro?

_____ ¹ MINUTOS → GO TO J1c, NEXT PAGE
NUMBER ² HORAS → GO TO J1c, NEXT PAGE

- ³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

J3b_2 ¿Diría usted que fuma su primer puro/cigarro del día dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

- ¹ SÍ
² NO
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

CHEWING TOBACCO SERIES

J1c ¿Ha usado alguna vez tabaco de mascar, incluso una sola vez?

[“USED CHEWING TOBACCO” INCLUDES PRODUCTS SUCH AS REDMAN, LEVI GARRETT, OR BEECHNUT AS WELL AS OTHER PRODUCTS.]

- ¹ SÍ
- ² NO →GO TO J1d, PAGE 39
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J2c ¿Actualmente usa tabaco de mascar todos los días, algunos días, o nunca?

- ¹ EVERY DAY
- ² SOME DAYS

(A) ¿Durante cuántos de los últimos 30 días usó tabaco de mascar?

- ¹ LESS THAN 30 (SPECIFY) _____
- ² 30
- ³ NONE
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

- ³ NOT AT ALL
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF R IS NOT A CURRENT CIGARETTE SMOKER (A3 ≠ “EVERY DAY” OR “SOME DAYS”), AND J2c = “EVERY DAY,” CONTINUE.

OTHERWISE, GO TO J1d (SNUFF SERIES), PAGE 39.

J3c_1 ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente usa tabaco de mascar por primera vez?

- _____ ¹ MINUTOS → GO TO J1d, NEXT PAGE
NUMBER ² HORAS → GO TO J1d, NEXT PAGE
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

J3c_2 ¿Diría usted que usa tabaco de mascar por primera vez dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

- ¹ SÍ
² NO
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

SNUFF SERIES

J1d ¿Ha usado alguna vez tabaco en polvo/rapé, incluso una sola vez?

[“USED SNUFF” INCLUDES PRODUCTS SUCH AS SKOAL, SKOAL BANDITS, OR COPENHAGEN AS WELL AS OTHER PRODUCTS.]

[RAPÉ, ES TABACO QUE SE HA MOLIDO FINAMENTE Y SE EMPAQUETA HÚMEDO O SECO EN BOLSITAS SEMEJANTES AL TÉ. TÍPICAMENTE EL USUARIO COLOCA UNA CANTIDAD DE RAPÉ ENTRE SU CACHETE Y ENCÍA]

- ¹ SÍ
- ² NO →GO TO BOX BEFORE J4, PAGE 41
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J2d ¿Actualmente usa tabaco en polvo o rapé?

- ¹ EVERY DAY
- ² SOME DAYS

(A) ¿Durante cuántos de los últimos 30 días usó tabaco en polvo o rapé

- ¹ LESS THAN 30 (SPECIFY) _____
 - ² 30
 - ³ NONE
 - ⁻⁷ REFUSED
 - ⁻⁸ DON'T KNOW
-
- ³ NOT AT ALL
 - ⁻⁷ REFUSED
 - ⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF R IS A CURRENT CIGARETTE SMOKER (A3 =“EVERY DAY” OR “SOME DAYS”), GO TO SECTION JJ, PAGE 45.

OTHERWISE, CONTINUE.

J3d_1 ¿Qué tan pronto después de despertarse típicamente usa tabaco en polvo/rapé por primera vez?

_____ ¹ MINUTOS → GO TO BOX BEFORE J4, NEXT PAGE
NUMBER ² HORAS → GO TO BOX BEFORE J4, NEXT PAGE

- ³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

J3d_2 ¿Diría usted que usa tabaco en polvo/rapé por primera vez dentro de los primeros 30 minutos después de despertarse?

- ¹ SÍ
² NO
³ VARÍA
⁻⁷ REFUSED
⁻⁸ DON'T KNOW

INTERVIEWER INSTRUCTION

FOR J4 THROUGH J7d@1, ASK ABOUT THE TOBACCO PRODUCT MENTIONED IN J2a, J2b, J2c, or J2d THAT IS USED EVERY DAY OR SOME DAYS FOR 12 OR MORE OF THE PAST 30 DAYS.

IF MORE THAN ONE TOBACCO PRODUCT IS USED FOR THAT AMOUNT OF TIME, USE THE FOLLOWING HIERARCHY TO SELECT ONE PRODUCT TO ASK ABOUT:

- CIGAR
- SNUFF
- CHEWING TOBACCO
- PIPE

IF NONE OF THE TOBACCO PRODUCTS IS USED FOR THAT AMOUNT OF TIME, GO TO SECTION JJ, PAGE 45.

J4 Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado usted de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) durante un día o más debido a que estaba tratando de dejar de fumarlo/usarlo?

- ¹ SÍ
- ² NO →GO TO SECTION JJ, PAGE 45
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J5 La última vez que dejó de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) durante los últimos 12 meses porque estaba tratando de dejar de fumarlo/usarlo, ¿durante cuánto tiempo dejó de hacerlo?

- _____ ¹ DÍAS →GO TO J6a
NUMBER ² SEMANAS →GO TO J6a
³ MESES →GO TO J6a
- ⁻⁷ REFUSED →GO TO J7a
 - ⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO J7a

J6a ¿Fueron los/las [FILL ENTRY J5] el período de tiempo más largo que usted dejó de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) en los últimos 12 meses?

- ¹ SÍ → GO TO J7A
- ² NO →
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J6b Durante los últimos 12 meses, ¿cuál es el período de tiempo más largo que dejó de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) porque estaba tratando de dejar de fumarlo/usarlo?

_____ ¹ DÍAS
 NUMBER ² SEMANAS
³ MESES

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

J7 Pensando en la última vez que trató de dejar de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) en los últimos 12 meses: ¿Utilizó usted alguno de los siguientes productos:

Goma de mascar de nicotina	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF
Un parche de nicotina	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF
Un espray/atomizador nasal de nicotina	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF
Un inhalador de nicotina	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF
Una pastilla de nicotina	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF
Una tableta de nicotina	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF
Un comprimido o píldora recetada, como Zyban, Bupropion, o Wellbutrin?	¹ <input type="checkbox"/> SÍ	² <input type="checkbox"/> NO	⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK	⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF

J7b La última vez que trató de dejar de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa), ¿utilizó usted alguno de lo siguiente:

- (A) Una línea telefónica de ayuda o para dejar de fumar/usar ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (B) Una clínica, clase o grupo de apoyo para dejar de fumar/usar ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (C) Consejería/asesoría personal ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (D) Ayuda o apoyo de amigos y familiares ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (E) La Internet o la Red Mundial (World Wide Web) ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (F) Libros, panfletos, videos u otros materiales ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (G) Consejo de un médico, dentista, u otro profesional de la salud ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF

[IF J7b(G)=YES, ASK] ¿Cuál?

- ¹ MÉDICO
- ² DENTISTA
- ³ OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD
- ⁴ MÁS DE UNA DE LAS OPCIONES ANTERIORES
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

- (H) Acupuntura ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF
- (I) Hipnosis ¹ SÍ ² NO ⁻⁸ DK ⁻⁷ REF

J7c La última vez que trató de dejar de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) en los últimos 12 meses, ¿hizo algunas de las siguientes cosas:

(A) Parar reduciendo gradualmente la cantidad de (puros o cigarros/tabaco en polvo o rapé/tabaco de mascar/pipas) para tratar de dejar de fumarlo/usarlo?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

(B) Trató de dejar de fumarlo/usarlo repentinamente?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

[IF J7c(B)=YES, ASK] ¿Diría usted que trató de dejar de fumarlo/usarlo “en seco” o que trató de alguna otra manera?

- ¹ "EN SECO"
- ² DE OTRO MANERA (SPECIFY) _____
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

J7d@1 La última vez que trató de dejar de (fumar puros o cigarros/usar tabaco en polvo o rapé/usar tabaco de mascar/fumar pipa) en los últimos 12 meses, ¿utilizó algún otro método o producto?

- ¹ SÍ (SPECIFY) _____
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

**SECTION JJ. PENDING HARM-REDUCTION PRODUCTS –
CURRENT AND RECENT FORMER SMOKERS**

INTERVIEWER INSTRUCTION

IF A3 = “EVERY DAY” OR “SOME DAYS”, ASK JJ1.

IF A3 = “NOT AT ALL” AND H1 IS 5 YEARS OR LESS, ASK JJ1.

OTHERWISE, GO TO SECTION K, NEXT PAGE.

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

- | | | | | |
|--------------|--|--|--|---|
| (A) Eclipse? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (B) Accord? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (C) Arriva? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (D) Exalt? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (E) Revel? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (F) Omni? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |
| (G) Advance? | ¹ <input type="checkbox"/> SÍ | ² <input type="checkbox"/> NO | ⁻⁷ <input type="checkbox"/> REF | ⁻⁸ <input type="checkbox"/> DK |

SECTION K. WORKPLACE AND HOME BAN – ALL RESPONDENTS

Mis siguientes preguntas son acerca de las normas o reglas de fumar en su lugar de trabajo y en su casa.

KSCR ¿Actualmente trabaja para recibir pago?

- ¹ Sí
- ² NO →GO TO K4
- ⁻⁷ REFUSED →GO TO K4
- ⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO K4

K1 ¿Cuál de los siguientes describe mejor el área donde usted trabaja la mayor parte del tiempo?

- ¹ Trabaja principalmente en áreas interiores
- ² Trabaja principalmente al aire libre →GO TO K4
- ³ Viaja a diversos edificios o lugares →GO TO K4
- ⁴ En un vehículo de motor, o →GO TO K4
- ⁵ En algún otro lugar →GO TO K4
- ⁶ VARÍA (SPECIFY) _____ →GO TO K1c
- ⁻⁷ REFUSED →GO TO K4
- ⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO K4

K1b ¿Trabaja usted principalmente en un lugar de oficina, en su propio hogar, en el hogar de otra persona, o en otra área interior? [IF NEEDED: Usted dijo que actualmente trabaja en un área interior]

- ¹ LUGAR DE OFICINA
- ² SU PROPIO HOGAR →GO TO K4
- ³ EL HOGAR DE OTRA PERSONA →GO TO K4
- ⁴ OTRA ÁREA INTERIOR
- ⁻⁷ REFUSED →GO TO K4
- ⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO K4

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

STATE

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

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

[“PLACE OF WORK” RESTRICTIONS INCLUDE POLICIES OF THE EMPLOYER, BUILDING OWNER OR ANY GOVERNMENTAL LAWS--THUS “ANY POLICY” AT THE PLACE OF WORK REGARDLESS OF WHO IS RESPONSIBLE FOR IT.]

¹ SÍ

² NO →GO TO K4

⁻⁷ REFUSED →GO TO K4

⁻⁸ DON'T KNOW →GO TO K4

K3a ¿Cuál de los siguientes 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 ninguna área interior pública

² Se permite en algunas áreas interiores públicas

³ Se permite en todas las áreas interiores públicas

⁴ NOT APPLICABLE

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

K3b ¿Cuál de los siguientes describe mejor la norma o regla de su lugar de trabajo cuanto a fumar en áreas de trabajo?

¹ No se permite en ninguna área de trabajo

² Se permite en algunas áreas de trabajo

³ Se permite en todas las áreas de trabajo

⁴ NOT APPLICABLE

⁻⁷ REFUSED

⁻⁸ DON'T KNOW

K4 ¿Alguien fuma cigarrillos, puros/cigarros o pipas en algún lugar dentro de esta casa, incluyéndose usted?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

K5 En promedio, ¿más o menos cuántos días a la semana se fuma en algún lugar dentro de esta casa?

- ¹ 1
- ² 2
- ³ 3
- ⁴ 4
- ⁵ 5
- ⁶ 6
- ⁷ 7
- ⁸ RARELY OR NONE
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

K6 ¿Cuál declaración describe mejor las normas o reglas de fumar dentro de su hogar?

[A“HOME” IS WHERE YOU LIVE. “RULES” INCLUDE ANY UNWRITTEN “RULES” AND PERTAIN TO ALL PEOPLE WHETHER OR NOT THEY RESIDE IN THE HOME OR ARE VISITORS, WORKMEN, ETC.]

- 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
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

K7 En su opinión, ¿qué tan fácil es para las personas menores de edad comprar cigarrillos y otros productos de tabaco en su comunidad?

- 1 Muy fácil
- 2 Algo fácil
- 3 Algo difícil
- 4 Muy difícil
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

K8 ¿Cree usted que la publicidad de productos de tabaco debe: permitirse siempre, permitirse bajo ciertas condiciones, o no debe permitirse en absoluto?

- 1 PERMITIRSE SIEMPRE
- 2 PERMITIRSE BAJO CIERTAS CONDICIONES
- 3 NO PERMITIRSE EN ABSOLUTO
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

K9 En los bares o salones de cóctel, crea que se debería permitir fumar en todas las áreas, se debería permitir en algunas áreas, o no se debería permitir en absoluto?

- 1 PERMITIRSE EN TODOS LUGARES
- 2 PERMITIRSE EN ALGUNOS LUGARES
- 3 NO PERMITIRSE EN ABSOLUTO
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

SECTION L. DEMOGRAPHICS – ALL RESPONDENTS

Tengo algunas preguntas sobre datos personales. Sus respuestas a estas preguntas son muy importantes para entender el consumo de tabaco de las personas.

L1. ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos?

YEARS

- ENTIRE LIFE
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

L2. ¿Cuál es el grado de escuela más alto que ha completado usted?

- NO FORMAL SCHOOLING
- SOME GRADE SCHOOL BUT NEVER FINISHED
- COMPLETED GRADE SCHOOL
- SOME OR COMPLETED MIDDLE SCHOOL
- SOME HIGH SCHOOL BUT NO DIPLOMA
- HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED
- SOME COLLEGE (NO DEGREE) OR SOME VOCATIONAL TRAINING
- ASSOCIATES DEGREE OR COMPLETED VOCATIONAL TRAINING
- COLLEGE GRADUATE
- ADVANCED DEGREE
- 7 REFUSED
- 8 DON'T KNOW

L3. ¿Es usted de origen o descendencia hispana o latina?

- ¹ SÍ
- ² NO
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW

L4. ¿De qué raza es usted? (MARK ALL THAT APPLY.)

- ¹ WHITE
- ² BLACK OR AFRICAN AMERICAN
- ³ ASIAN [IF NEEDED: Diría que ...]
 - ¹ Chino/Chino Americano
 - ² Koreano/Koreano Americano
 - ³ Vietnamita/Vietnamita Americano
 - ⁴ OTHER (specify)_____
- ⁴ NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER
- ⁵ AMERICAN INDIAN OR ALASKAN NATIVE
- ⁻⁷ REFUSED
- ⁻⁸ DON'T KNOW