

## SMOKER SURVEY IN SPANISH

Formulario aprobado

OMB No. 0920-1083

Fecha de vencimiento 03/31/2023

### Evaluación ampliada del Cuestionario para fumadores de la de la campaña nacional de educación pública para la prevención y el control del tabaco

Se calcula que el tiempo que le tomará a cada participante dar esta información será de 30 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Envíe sus comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias sobre a la manera de reducir el tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1083).

#### TEMAS DEL CUESTIONARIO

|            |   |
|------------|---|
| SECCIÓN A: | PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN                             |
| SECCIÓN B: | PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO                      |
| SECCIÓN C: | DEJAR DE FUMAR  |
| SECCIÓN D: | ACTITUDES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON DEJAR DE FUMAR |
| SECCIÓN E: | HUMO DE SEGUNDA MANO                                  |
| SECCIÓN F: | USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN   |
| SECCIÓN G: | PREGUNTAS FINALES                                     |

---

#### SECCIÓN A: PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN

- A5.** Durante los últimos 30 días, es decir desde [DATE FILL], ¿durante cuántos días fumó usted cigarrillos?  
\_\_\_\_\_Número de días



## SECCIÓN B: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO

Las siguientes preguntas son sobre su uso de tabaco y dejar de fumar.

|            |   |
|------------|---|
| <b>B1.</b> | En promedio, ¿cómo cuántos cigarrillos al día fuma usted actualmente?<br>_____Número de cigarrillos |
|------------|---|

|            |   |
|------------|---|
| <b>B2.</b> | En los días que fuma, ¿cuánto tiempo pasa normalmente después de que se despierta hasta que fuma su primer cigarrillo del día? ¿Diría usted que...?<br>1. En los siguientes 5 minutos<br>2. De 6 a 30 minutos<br>3. Más de 30 minutos a 1 hora<br>4. Después de más de 1 hora |
|------------|---|

Las siguientes preguntas son sobre sus intentos para dejar de fumar cigarrillos regulares en diferentes ocasiones durante los últimos 12 meses. Al responder, por favor piense específicamente en ese periodo de tiempo.

|            |  |
|------------|--|
| <b>C2.</b> | Durante los <b>últimos 3 meses</b> , ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos por completo?<br>_____Número de veces |
|------------|--|

|             |  |
|-------------|--|
| <b>C2a.</b> | Durante los <b>últimos 6 meses</b> , es decir, desde [FILL LAUNCH DATE], ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos por completo?<br>_____Número de veces |
|-------------|--|

|            |  |
|------------|--|
| <b>C1.</b> | Durante los últimos <b>12 meses</b> , es decir, desde [DATE FILL], ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos por completo?<br>_____Número de veces |
|------------|--|

C3c.

En los últimos 12 meses, ¿ha usado alguno de los siguientes medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar: parches de nicotina para la piel, goma de mascar de nicotina, pastillas de nicotina que se disuelven en la boca, atomizador nasal, inhalador de nicotina o pastillas como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o vareniclina?

Sí  
No

C4.

La última vez que trató de dejar de fumar, ¿hizo algo de lo siguiente?

1. Sí 2. No

- C4\_1. Dejar de fumar cigarrillos por completo
- C4\_2. Reducir gradualmente el número de cigarrillos que fuma
- C4\_3. Cambiar **por completo** a productos para vapear (usando cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, JUULs, mods u otros vaporizadores personales)
- C4\_4. Sustituir algunos cigarrillos regulares con productos para vapear (usando cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, JUULs, mods u otros vaporizadores personales)
- C4\_5. Cambiar a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos
- C4\_6. Usar productos de reemplazo de nicotina como parches, goma de mascar, pastillas que se disuelven en la boca, aerosol nasal o inhalador de nicotina
- C4\_7. Usar medicamentos como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o vareniclina
- C4\_8. Obtener ayuda de una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar
- C4\_9. Obtener ayuda de un sitio web tal como Smokefree.gov o CDC.gov/Tips
- C4\_10. Obtener ayuda de un doctor o de otro profesional médico
- C4\_11. Obtener ayuda de un farmacéutico
- C4\_12. Usar una aplicación (App) para ayudarlo a dejar de fumar
- C4\_13. Usar un programa de envío de mensajes de texto para ayudarlo a dejar de fumar

**C5.** La última vez que trató de dejar de fumar, ¿fue motivado(a) por algunas de las siguientes cosas para dejar de fumar?

1. Sí 2. No

**C5\_1.** Un miembro de su familia o amigo (a) me animó a tratar de dejar de fumar

**C5\_2.** Los comerciales de televisión contra el tabaco, anuncios de radio u otros tipos de anuncios que se enfocan en las consecuencias a la salud debidas al hábito de fumar

**C5\_3.** Mi doctor u otro profesional médico me aconsejaron tratar de dejar de fumar

**C5\_4.** Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

**C5\_5.** El costo de los cigarrillos es demasiado alto.

**C5\_6.** Preocupación acerca de COVID-19

**C5\_7.** Otro, especifique

**C6a.** ¿Desea dejar de fumar cigarrillos por completo?

1. Sí
2. No

**C7b.** ¿Qué tantas ganas tiene de dejar de fumar? ¿Diría que desea dejar de fumar. . . ?

1. Nada en lo absoluto
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho

- C9.** ¿Planea dejar de fumar cigarrillos por completo...
1. En los siguientes 7 días,
  2. En los siguientes 30 días,
  3. En los siguientes 6 meses,
  4. Durante el próximo año, o
  5. Más de 1 año a partir de ahora?
  6. No planeo dejar de fumar cigarrillos por completo
  7. No está seguro(a)

- C10.** Si usted decidiera dejar de fumar por completo en los siguientes 12 meses, ¿qué tan probable cree usted que sería lograrlo? ¿Diría usted que...?
1. Extremadamente probable
  2. Muy probable
  3. Algo probable
  4. Muy improbable
  5. Extremadamente improbable

- C11.** ¿Qué tanto cree que mejoraría su salud si dejara de fumar?
1. Nada en lo absoluto
  2. Un poco
  3. Algo
  4. Mucho

- C14.** Entre sus amigos (as) cercanos (as)...
1. ¿Todos fuman?
  2. ¿La mayoría fuma?
  3. ¿La mayoría no fuma?
  4. ¿Ninguno fuma?

### Preguntas sobre productos electrónicos de vapor

Las siguientes preguntas se refieren a vapear (utilizando cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, JUULs, mods, otros vaporizadores personales). Los productos para vapear funcionan con batería y producen vapor en lugar de humo. Normalmente usan un líquido de nicotina, aunque la cantidad de nicotina puede variar y algunos no contienen nada de nicotina. Algunas marcas comunes son JUUL, Vuse, MarkTen, Logic y Blu.

Estas preguntas son acerca de productos electrónicos para vapear nicotina. El uso de productos electrónicos para vapear marihuana no se incluye en estas preguntas.



**B8.** ¿Alguna vez ha vapeado, aunque sea una sola vez?

1. Sí
2. No

**B8a.** Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días vapeó?

1. 0 días
2. 1 o 2 días
3. 3 a 5 días
4. 6 a 9 días
5. 10 a 19 días
6. 20 a 29 días
7. Todos los 30 días

**B9.** ¿Actualmente vapea...?

1. Todos los días
2. Algunos días
3. Nada en lo absoluto

**B9a.** En los días que vapea, ¿con qué frecuencia vapea?

- Rara vez
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

**B9a.** ¿Normalmente vapea con dispositivos desechables, dispositivos que usan cartuchos o dispositivos que usan atomizadores?

Por favor indique el tipo de dispositivo que **usa la mayor parte del tiempo.**

1. Dispositivos desechables que no son recargables o rellenables
2. Dispositivos que usan cartuchos recargables
3. Dispositivos que usan atomizadores recargables
4. Tipo de dispositivo desconocido

**B9b\_1.** Cuando vapea, ¿normalmente el líquido/contenido contiene normalmente nicotina?

1. Sí
2. No



---

**B10.** ¿Es alguna de las siguientes razones el motivo por el que probó vapear por primera vez/actualmente vapea?

1. Sí 2. No

**B10\_1.** Puedo vapear cuando o donde no se permite el uso de cigarrillos

**B10\_2.** Vapear puede hacerme menos daño que fumar cigarrillos

**B10\_3.** Me gustan los sabores

**B10\_4.** Vapear me puede ayudar a dejar de fumar o reducir el número de cigarrillos que fumo

**B10\_5.** Vapear me ayuda a controlar el deseo de fumar que me gustan

**B10\_6.** Un amigo o un miembro de la familia me sugirió vapear como una manera para dejar de fumar

**B10\_7.** Un amigo o un miembro de la familia compartió/comparte su dispositivo para vapear conmigo

**B10\_8.** Vapear es popular entre las personas de mi edad

**B13.** En su opinión, ¿vapear y fumar cigarrillos regularmente es...?

1. Mucho menos dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
2. Un poco menos dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
3. Igualmente dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
4. Un poco más dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
5. Mucho más dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos

**B14.** ¿Desea dejar de vapear por completo?

1. Sí
2. No

### **USO DE UNA LÍNEA TELEFÓNICA DE AYUDA Y CONOCIMIENTO**

Ahora, le haremos algunas preguntas adicionales sobre los cigarrillos regulares.

**C18.** Una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar es un servicio gratuito que conecta a los fumadores de tabaco con alguien que les pueda ayudar a dejar de fumar. ¿Sabe usted de algún servicio con una línea telefónica de ayuda disponible para ayudarle a dejar de fumar?

1. Sí
2. No

**C20.** ¿Ha escuchado hablar de 1-800-QUIT-NOW?

1. Sí
2. No

**C20a.** ¿Ha llamado a 1-800-QUIT-NOW o alguna otra línea telefónica de ayuda para dejar de fumar en los últimos 3 meses desde **[FILL DATE]**?

1. Sí
2. No

**C22.** En los últimos 3 meses, ¿recibió alguno de los siguientes medicamentos de la línea de ayuda para dejar de fumar para ayudarle a dejar de fumar 1-800-QUIT-NOW: parches de nicotina, goma de mascar, pastillas de nicotina que se disuelven en la boca, atomizador nasal, inhalador de nicotina o pastillas como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o vareniclina?

1. Sí
2. No

#### **SECCIÓN D: ACTITUDES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON DEJAR DE FUMAR**

En las siguientes preguntas se le piden sus opiniones sobre fumar, uso de tabaco y dejar de fumar.

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes declaraciones.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Muy de acuerdo

**D8.** Estoy ansioso(a) de tener una vida sin fumar tabaco.

**Preocupación sobre la salud**

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes declaraciones.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Muy de acuerdo

- D10.** Me molesto cuando pienso en mi hábito de fumar.
- D11.** Estoy desilusionado(a) conmigo mismo(a) por fumar.
- D12.** Me molesto cuando escucho o leo sobre las enfermedades causadas por el tabaco.
- D13.** Me molestan las advertencias sobre los riesgos a la salud debidas a fumar tabaco.

**Percepción del riesgo**

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con la siguiente declaración.

- D15.** Fumar tabaco puede causar daño inmediato a su cuerpo.
1. Muy de acuerdo
  2. De acuerdo
  3. En desacuerdo
  4. Muy en desacuerdo

- D18.** Fumar tabaco puede causar daño inmediato a su cuerpo.
1. Muy de acuerdo
  2. De acuerdo
  3. En desacuerdo
  4. Muy en desacuerdo

- D19.** Fumar cigarrillos puede causar complicaciones médicas y enfermedades que requieren cirugías y procedimientos a tratar.
1. Muy de acuerdo
  2. De acuerdo
  3. En desacuerdo
  4. Muy en desacuerdo

**D20.**

¿Qué tan probable piensa que está usted de contraer una enfermedad relacionada al tabaco como resultado de fumar tabaco?

1. Extremadamente probable
2. Muy probable
3. Algo probable
4. Muy improbable
5. Extremadamente improbable

**D21.**

¿Piensa usted que fumar cigarrillos está relacionado a...?

1. Sí    2. No

- D21\_1.** Cáncer del pulmón
- D21\_2.** Cáncer de la boca o garganta
- D21\_3.** Enfermedad cardíaca
- D21\_4.** Diabetes
- D21\_5.** Enfisema
- D21\_6.** Embolia cerebral
- D21\_7.** Orificio en la garganta (estoma o traqueotomía)
- D21\_8.** Enfermedad de Buerger
- D21\_9.** Amputaciones (de extremidades)
- D21\_10.** Asma
- D21\_11.** Cálculos biliares
- D21\_12.** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica
- D21\_13.** Enfermedad periodontal o de las encías
- D21\_14.** Parto prematuro
- D21\_15.** Cáncer colorectal
- D21\_16.** Degeneración macular o ceguera
- D21\_17.** Depresión
- D21\_18.** Trastorno de ansiedad
- D21\_19.** COVID-19
- D21\_20.** Cáncer del colon

## SECCIÓN E: HUMO DE SEGUNDA MANO

**E1.**

Además de usted, ¿alguien más que viva en su hogar fuma cigarrillos actualmente?

1. Sí
2. No

---

---

**E8a.** En su opinión, ¿qué tan probable es que el respirar regularmente humo de segunda mano empeore el asma o cause infecciones o daños al pulmón de las personas que no fuman?

1. Extremadamente probable
2. Muy probable
3. Algo probable
4. Muy improbable
5. Extremadamente improbable

**E8b.** Sin contar terrazas, porches o garajes, fumar dentro del hogar, ...

1. **Siempre** está permitido
2. Solo se permite en **algunas** ocasiones o en **algunos** lugares
3. Nunca se permite

**E9.** ¿Está seriamente considerando aumentar las restricciones sobre fumar en su hogar?

1. Definitivamente sí
2. Probablemente sí
3. Probablemente no
4. Definitivamente no

## SECCIÓN F: USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN

**F1.** En un día típico, ¿cuánto tiempo ve televisión?

1. Nada
2. Menos de una hora
3. Como 1 hora
4. Como 2 horas
5. Como 3 horas
6. Como 4 horas
7. 5 horas o más

**F2.** En un día típico, ¿cuántas horas escucha radio?

1. Ninguna
  2. Menos de una hora
  3. Como 1 hora
  4. Como 2 horas
  5. Como 3 horas
  6. Como 4 horas
  7. 5 horas o más
- 
-

**F3.** En un día típico, ¿cuántas horas usa Internet por razones personales?

1. Ninguna
2. Menos de una hora
3. Como 1 hora
4. Como 2 horas
5. Como 3 horas
6. Como 4 horas
7. 5 horas o más

**F13.** ¿Ha escuchado hablar del sitio web [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips) (<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?

1. Sí
2. No

**F13a.** ¿Ha visitado el sitio web [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips) en los últimos 5 meses, desde **[FILL DATE]**?

1. Sí
2. No

**F14.** En los últimos **5 meses**, es decir desde [FILL DATE], ¿ha visto o escuchado algún anuncio de medicamentos o productos para ayudar a las personas a dejar de fumar como Chantix, parches de nicotina o goma de mascar de nicotina?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia
5. Siempre

**F17.** En los últimos **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION]**, es decir desde **[FILL DATE]**, ¿ha visto o escuchado algún anuncio en televisión o radio con los siguientes temas o eslóganes?

1. Sí    2. No

- F17\_1.** TIPS FROM A FORMER SMOKER (CONSEJOS DE EXFUMADORES)
- F17\_2.** TRUTH (VERDAD)
- F17\_3.** BECOME AN EX (CONVIERTASE EN EXFUMADOR)
- F17\_4.** EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE (CADA CIGARRILLO LE HACE DAÑO)
- F17\_5.** TOBACCO FREE LIVING (VIVIR LIBRE DE TABACO)
- F17\_6.** THE REAL COST (EL VERDADERO COSTO)

**F19\_1.**

¿Ha visto alguna de las siguientes páginas o grupos de Facebook cuando ha estado en Internet en los últimos 5 meses, desde [FILL DATE]? Por favor seleccione cada página que haya visto.

**F32\_1a.** Imagen de la página de Facebook de consejos

**F32\_1b.** Imagen de la página de Facebook no relacionada

**F32\_1c.** Imagen de la página de Facebook no relacionada

**F19\_2.**

¿Ha visto alguno de los siguientes canales o páginas de YouTube cuando estuvo en Internet en los últimos 5 meses, desde [FILL DATE]? Por favor seleccione cada página que haya visto.

**F32\_1a.** Imagen de la página de YouTube de consejos

**F32\_1b.** Imagen de la página de YouTube no relacionada

**F32\_1c.** Imagen de la página de YouTube no relacionada

**F19\_3.**

¿Ha visto algunas de las siguientes páginas en Twitter cuando estaba en Internet en los últimos 5 meses, desde [FILL DATE]? Por favor seleccione cada página que haya visto.

**F32\_1a.** Imagen de la página de Twitter de consejos

**F32\_1b.** Imagen de la página de Twitter no relacionada

**F32\_1c.** Imagen de la página de Twitter no relacionada

**F20.**

A veces las personas usan el Internet específicamente por razones asociadas a la salud. En los últimos 30 días, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

1. Sí 2. No

**F20\_1.** Buscar información para dejar de fumar.

**F20\_2.** Buscar información sobre vapear (utilizando, cigarrillos electrónicos u otros productos para vapear)

**F20\_3.** Buscar información sobre terapias de reemplazo de nicotina (por ejemplo, parches, goma de mascar o pastillas de nicotina que se disuelven en la boca).

**F20\_4.** Descargar una aplicación (App) para ayudarle a dejar de fumar

**F20\_5.** Inscribirse en un programa de envío de mensajes de texto para ayudarle a dejar de fumar

**F20\_6.** Diseñar un plan por Internet para ayudarle a dejar de fumar

### **Exposición y reacción a los anuncios de televisión**

Ahora, nos gustaría que vea una serie de anuncios que se han mostrado en televisión y en Internet en los Estados Unidos. Por favor, asegúrese que el volumen en su computadora esté a un nivel adecuado. Pudiera usted recibir



un aviso de su computadora indicando que necesita descargar un programa

que le permita ver el video. Aunque no funcionen los videos, de todas maneras podrá ver las imágenes y las descripciones de los anuncios. Cuando esté listo(a), por favor haga clic en el enlace a continuación para ver el primer anuncio. Puede ver un total de [FILL # TOTAL ADS] anuncios. Después de ver cada anuncio, se le harán algunas preguntas sobre sus opiniones acerca del anuncio.

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>F21_x.</b>          | ¿Pudo ver este video?<br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Sí</li><li>2. No</li></ol>   |
| <b>F23_x.</b>          | Ahora nos gustaría mostrarle algunas imágenes de anuncios de televisión que se han mostrado en los Estados Unidos. Una vez que haya visto las imágenes a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.  |
| <b>F24_x.</b>          | ¿Ha visto este anuncio en televisión o en Internet en los últimos <b>[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]</b> meses, desde <b>[CAMPAIGN LAUNCH DATE]</b> ?<br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Sí</li><li>2. No</li></ol>   |
| <b>F24a_x_TV.</b>      | En los últimos <b>[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]</b> meses, ¿con qué frecuencia ha visto este anuncio en televisión?<br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca</li><li>2. Rara vez</li><li>3. A veces</li><li>4. Con frecuencia</li><li>5. Con mucha frecuencia</li></ol>                               |
| <b>F24a_x_COMPUTER</b> | En los últimos <b>[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]</b> meses, ¿con qué frecuencia ha visto este anuncio en una computadora portátil o de escritorio?<br><ol style="list-style-type: none"><li>1. Nunca</li><li>2. Rara vez</li><li>3. A veces</li><li>4. Con frecuencia</li><li>5. Con mucha frecuencia</li></ol> |



**F24a\_x\_**  
**MOBILE.**

En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** meses, ¿con qué frecuencia ha visto este anuncio en una tableta o teléfono inteligente?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

**F25\_x.**

Por favor díganos si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes declaraciones.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

**F25a\_x.** Vale la pena recordar este anuncio.

**F25b\_x.** Este anuncio me llamó la atención.

**F25c\_x.** Este anuncio es de gran impacto.

**F25d\_x.** Este anuncio es informativo.

**F25e\_x.** Este anuncio tiene significado para mí.

**F25f\_x.** Este anuncio convence.

**F26\_x.**

En una escala del 1 al 5, donde 1 significa “nada” y 5 significa “mucho”, por favor indique qué tanto le hizo sentir este anuncio...

|      |   |   |   |       |
|------|---|---|---|-------|
| 1    | 2 | 3 | 4 | 5     |
| Nada |   |   |   | Mucho |

**F26a\_x.** Tristeza

**F26b\_x.** Miedo

F26d\_x. Vergüenza  
F26f\_x. Esperanza  
F26g\_x. Motivación  
F26h\_x. Comprensión

---

Para las siguientes preguntas, piense en todos los anuncios que acaba de ver y los que recuerde haber visto en los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** meses.

---

**Exposición a anuncios de radio**

Ahora, nos gustaría que escuche un anuncio de radio que se transmitió en los Estados Unidos. Por favor, asegúrese que el volumen en su computadora esté a un nivel adecuado. Pudiera usted recibir un aviso de su computadora indicando que necesita descargar un programa que le permita escuchar el audio. Aunque no pueda escuchar el audio, de todas maneras puede leer la descripción del anuncio. Puede escuchar un total de **[FILL # TOTAL RADIO]**

---

**ADS]** anuncios de radio. Cuando esté listo(a), por favor haga clic en el enlace a continuación para escuchar el anuncio. Después de que escuche el anuncio, habrá unas cuantas preguntas que se refieren a lo que recuerda del anuncio.

|               |  |
|---------------|--|
| <b>F32_x.</b> | ¿Pudo escuchar este anuncio?<br>1. Sí<br>2. No   |
| <b>F34_x.</b> | Ahora nos gustaría mostrarle el guión de un anuncio de radio que se ha transmitido en los Estados Unidos. Una vez que haya leído el guión a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta. |
| <b>F35_x.</b> | ¿Ha escuchado este anuncio en el radio en los últimos <b>[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]</b> meses, desde <b>[CAMPAIGN LAUNCH DATE]</b> ?<br>1. Sí<br>2. No  |

**Exposición a anuncios, material impreso y fuera del hogar**

A continuación, verá algunos anuncios que aparecieron recientemente en revistas, sitios web y en letreros en áreas tales como paradas de autobús, interiores de autobuses, carteles y en otros lugares públicos. Hay 3 juegos de imágenes para ver, seguidas de algunas preguntas sobre haber visto estos anuncios antes. Cuando esté listo(a) para verlos, por favor haga clic en “Next” (siguiente).

|             |   |
|-------------|---|
| <b>F36.</b> | En los últimos <b>[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]</b> , desde <b>[CAMPAIGN LAUNCH DATE]</b> , ¿ha visto alguno de los siguientes anuncios en revistas, en sitios web o en lugares públicos fuera de su hogar?<br>1. Sí<br>2. No |
|-------------|---|

- F37.** ¿En dónde vió estos anuncios?
1. Sí    2. No
- F37\_1.** Revistas o publicaciones impresas
- F37\_2.** Sitios web en Internet

- F37a.** En los últimos XX meses, desde [DATE], ¿ha visto alguno de los siguientes anuncios en lugares públicos fuera de su hogar tales como carteles, paradas de autobús o interiores de autobuses?
1. Sí  
2. No

### **CONOCIMIENTO DE LOS ANUNCIOS DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS**

- F38.** Cuando va a una tienda pequeña, un supermercado o una gasolinera, ¿con qué frecuencia ve anuncios o promociones de productos para vapear?
1. Nunca voy a una tienda pequeña, un supermercado o una gasolinera.
  2. Nunca
  3. Rara vez
  4. A veces
  5. La mayor parte del tiempo
  6. Siempre

### **SECCIÓN G: PREGUNTAS FINALES**

- G1.** ¿Cuántos niños de 17 años de edad o menores viven en su hogar por lo menos 50% del tiempo? Si no hay ninguno, ingrese "0". Incluya bebés y niños pequeños. Sus respuestas ayudarán a representar a toda la población de los Estados Unidos y se mantendrán confidenciales. ¡Gracias!

\_\_\_\_\_ Número de niños

- G5.** ¿Cuál es el nivel más avanzado que completó en la escuela?

1. No tiene una educación formal
2. 1º, 2º, 3º o 4º grado
3. 5º o 6º grado
4. 7º o 8º grado
5. 9º grado
6. 10º grado
7. 11º grado
8. 12º grado, sin diploma
9. Se graduó de preparatoria o “high school” – diploma de GED o equivalente a “high school”
10. Algo de universidad, no se graduó
11. College de 2 años o título de asociado
12. Carrera universitaria de 4 años o 'Bachelor's degree'
13. Maestría
14. Título profesional o doctorado

**G6.** ¿Cuál fue el ingreso combinado de todos los miembros de SU HOGAR durante los ÚLTIMOS 12 MESES? Por favor, incluya el ingreso de usted MÁS el ingreso de todas las personas que viven en su hogar (inclusive una pareja y miembros de las fuerzas armadas que vivan en el hogar). Por favor, cuente el ingreso ANTES DE IMPUESTOS y de todas las fuentes (como sueldos, salarios, propinas, ingreso neto de un negocio, intereses, dividendos, manutención infantil, pensión alimenticia de la persona divorciada y seguro social, asistencia pública, pensiones o beneficios de jubilación)

1. Menos de \$50,000
2. \$50,000 o más
3. No sabe

**G6a.** Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue...

1. Menos de \$5,000
2. De \$5,000 a \$7,499
3. De \$7,500 a \$9,999
4. De \$10,000 a \$12,499
5. De \$12,500 a \$14,999
6. De \$15,000 a \$19,999
7. De \$20,000 a \$24,999
8. De \$25,000 a \$29,999
9. De \$30,000 a \$34,999
10. De \$35,000 a \$39,999
11. De \$40,000 a \$49,999



**G6b.** Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue...

1. De \$50,000 a \$59,999
2. De \$60,000 a \$74,999
3. De \$75,000 a \$84,999
6. De \$85,000 a \$99,999
4. De \$100,000 a \$124,999
5. De \$125,000 a \$149,999
6. De \$150,000 a \$174,999
10. De \$175,000 a \$199,999
11. De \$200,000 a \$249,999
12. \$250,000 o más

**G7.** ¿Está usted actualmente...?

1. Casado(a)
2. Viudo(a)
3. Divorciado(a)
4. Separado(a)
5. Nunca se ha casado

**G7a.** ¿Actualmente está viviendo con una pareja con la que no está casado(a)?

1. Sí
2. No

**G8.** ¿Qué declaración a continuación describe mejor su situación laboral actual?

1. Trabaja – como empleado(a) con paga
2. Trabaja – por cuenta propia
3. No trabaja – temporalmente sin empleo
4. No trabaja – en busca de trabajo
5. No trabaja – jubilado(a)
6. No trabaja – discapacitado(a)
7. No trabaja – otro

**G8a.**

En su trabajo PRINCIPAL, ¿qué tipo de trabajo hace usted? Seleccione una sola respuesta.

1. Doctor médico (tal como un médico, cirujano, dentista, veterinario)
2. Otro profesional médico (tal como enfermera, farmacéutico, quiropráctico, dietista)
3. Técnico de salud (tal como un paramédico, técnico de laboratorio)
4. Personal de asistencia médica (tal como asistente de enfermería, asistente general, asistente dental)
5. Servicios de protección (policía, bomberos)
6. Preparar y servir alimentos
7. Limpieza y mantenimiento del edificio y del terreno del edificio
8. Cuidados y servicios personales (estilistas, trabajadores de la industria de juegos o de entretenimiento)
9. Representantes de ventas
10. Venta al por menor
11. Otras ventas
12. Personal de oficina y de apoyo administrativo
13. Agricultura y ganadería, industria forestal y pesca
14. Construcción y extracción
15. Instalación, mantenimiento y reparaciones
16. Producción de precisión (tal como operador de maquinaria, soldador, panadero, pintor, sastre)
17. Transportista y empleado de mudanza
18. Fuerzas Armadas
19. Administración
20. Profesional de negocios y operaciones financieras
21. Computación y matemáticas
22. Arquitectura e ingeniería
23. Ciencias biológicas, físicas y sociales
24. Servicios comunitarios y sociales
25. Abogado o juez
26. Maestro, excepto de 'college' y de universidad
27. Maestro de 'college' y de universidad
28. Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_

**G9.**

¿Cuántas encuestas web sobre cigarrillos o tabaco como esta completó durante los últimos 12 meses?

1. Ninguna
2. 1 encuesta
3. 2 encuestas
4. 3 encuestas
5. 4 encuestas
6. 5 o más encuestas

**G10.** Por favor indique su estado actual de servicio militar (seleccione uno).

1. Servicio activo
2. Reserva militar
3. Guardia Nacional
4. Veterano o retirado(a) de las fuerzas armadas
5. Veterano o retirado(a) con una discapacidad asociada al servicio militar
6. Civil: NO tiene un registro de servicio militar

**G11.** ¿Tiene ACTUALMENTE cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura de salud? Marque "sí" o "no" para cada tipo de cobertura.

1. Sí 2. No

**G11\_1.** Seguro médico a través de un empleador o sindicato actual o anterior

**G11\_2.** Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguro médico

**G11\_3.** Medicare, para personas de 65 años de edad y mayores, o personas con ciertas discapacidades

**G11\_4.** Medicaid o algún tipo de plan de asistencia de gobierno para personas de bajos ingresos o discapacidades

**G11\_5.** TRICARE u otro seguro médico militar

**G11\_6.** Administración de Veteranos o "VA" (incluso aquellos que alguna vez estuvieron inscritos o que usaron el seguro médico de la "VA")

**G11\_7.** Servicios médicos para indios nativos americanos

**G11\_8.** Algún otro tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud

**G15.** ¿Ha sido diagnosticado(a) por un médico u otro profesional médico calificado con cualquiera de las siguientes condiciones médicas?

1. Sí 2. No

- G15\_1.** Enfermedad de reflujo ácido/gástrico
- G15\_2.** Trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD)
- G15\_3.** Trastorno de ansiedad
- G15\_4.** Asma, bronquitis crónica o COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- G15\_5.** Cáncer (cualquier tipo excepto cáncer de la piel)
- G15\_6.** Dolor crónico (tal como dolor de espalda, cuello o fibromialgia)
- G15\_7.** Depresión
- G15\_8.** Diabetes
- G15\_9.** Ataque al corazón
- G15\_10.** Enfermedad del corazón
- G15\_11.** Presión arterial alta
- G15\_12.** Colesterol alto
- G15\_13.** VIH/SIDA
- G15\_14.** Enfermedad del riñón
- G15\_15.** Trastorno de salud mental
- G15\_16.** Esclerosis múltiple
- G15\_17.** Osteoartritis, dolor o inflamación de las articulaciones
- G15\_18.** Osteoporosis u osteopenia
- G15\_19.** Artritis reumatoide
- G15\_20.** Alergias de la temporada
- G15\_21.** Cáncer de la piel
- G15\_22.** Trastorno del sueño tal como apnea o insomnio
- G15\_23.** Embolia cerebral
- G15\_24. COVID-19**
- G15\_25.** Algo diferente

**G20.** ¿Usted o alguien en su hogar se conecta a Internet desde su casa?

1. Sí
2. No

**G21.** ¿Vive usted en un área metropolitana o no metropolitana (rural)?

1. No metropolitana (Rural)
2. Zona suburbana ("Suburbs")
3. Zona urbana (en la ciudad)

---

**G22.** Usando la escala a continuación, por favor díganos qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones:

1. Muy de acuerdo
2. Algo de acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. Algo en desacuerdo
5. Muy en desacuerdo

**G20a.** Normalmente pruebo nuevos productos antes que otras personas.

**G20b.** Con frecuencia pruebo nuevas marcas porque me gusta la variedad y me aburro con lo mismo de antes.

**G20c.** Cuando voy de compras busco las cosas nuevas.

**G20d.** Yo soy el primero de mis amigos(as) y familia en probar algo nuevo

**G20e.** Me gusta hablarles a los demás sobre nuevas marcas o tecnología.

**G23.**

¿Se considera usted...?

1. Heterosexual o "straight", es decir, no es gay
2. Homosexual o gay
3. Lesbiana
4. Bisexual
5. Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_

---

Gracias por completar la encuesta de hoy. Sus opiniones serán de gran ayuda para los responsables del estudio; les ayudará a evaluar el impacto de los anuncios de televisión sobre dejar de fumar.

Se le otorgará [AMOUNT] puntos como bono acreditable a su cuenta de KnowledgePanel por completar la encuesta. Se le enviará una encuesta de seguimiento en unos [FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION] y se le otorgarán [AMOUNT] puntos como bono por completar esa encuesta.

---



**ADD1.** Esas son todas nuestras preguntas. Muchas gracias por su participación en nuestra encuesta. Como muestra de agradecimiento, nos gustaría enviarle [IF SAMPLE = KP WITHDRAWN, "\$15"; IF SAMPLE=ABS, INSERT INCENTIVE VALUE FROM LOOKUP TABLE based on MNO; IF SAMPLE=ABS and incentive value is missing from lookup table, insert: "\$20"].

Por favor, verifique su nombre y dirección de correo para poder enviarle el cheque por correo. Para asegurar que pueda depositar o canjear el cheque, por favor asegúrese de darnos su nombre Y apellido; si proporciona información incompleta o inexacta, es posible que no pueda depositar el cheque. Esta información no se va a asociar con sus respuestas a la encuesta de ninguna manera.

Por favor, seleccione los campos que desea actualizar. Si toda la información es correcta, por favor, seleccione: "Todo lo anterior es correcto."

- 1 Nombre (Primer/Apellido):
- 2 Dirección de correo postal:
- 3 Todo lo anterior es correcto

**ADD1\_1.**

Por favor use el teclado para escribir el nombre a quien quiere que le enviemos el cheque de incentivo:

Nombre \_\_\_\_\_

**ADD1\_2.** Por favor use el teclado para ingresar la dirección a donde debemos enviarle el cheque de incentivo:

Número y calle:  
Ciudad:  
Estado:  
Código postal:

**ADD2.** ¿Es correcta la información de contacto actualizada a continuación?

1. Sí
2. No

**CONTACT\_A.** ¡Gracias por participar en este importante estudio! Si ingresó su dirección en la pregunta anterior, su cheque por participar le llegará en las siguientes 4 a 6 semanas.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) también tendrán la oportunidad de hacer por lo menos una encuesta más en el futuro, con recompensas y premios por la participación. ¿Estaría usted dispuesto(a) a participar en otra encuesta de CDC?

1. Sí
2. No

**CONTACT\_A1.** ¿Es esta la dirección a donde quiere que le enviemos la próxima invitación de la encuesta de CDC?

1. Sí
2. No

**CONTACT\_A2.** Por favor, proporcione la dirección a donde quiere que le enviemos la próxima invitación de la encuesta de CDC.

Número y calle:  
Ciudad:  
Estado:  
Código postal:



**CONTA  
CT\_B.**

Para que usted pueda participar en el futuro si decide hacerlo, por favor, proporcione a continuación su dirección de correo electrónico y el mejor número de teléfono para localizarlo(a). Recuerde, usted se puede negar a responder cualquier encuesta llegado el momento si no desea hacerlo.

Mi dirección de correo electrónico es:

El mejor número de teléfono para localizarme es:

**CONTA  
CT2\_A.**

En caso de que no logremos localizarlo(a) a través del correo electrónico o al teléfono que nos proporcionó en la pregunta anterior, ¿tiene otra dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativo para comunicarnos con usted?

Es muy importante para nosotros saber de usted para las encuestas futuras que le vamos a enviar y para poder asegurar que los responsables del estudio tienen los datos completos para este nuevo e importante estudio.

Dirección de correo electrónico alternativo:

Número de teléfono alternativo para comunicarnos con usted:

---