##

# APÉNDICE B

## INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO SOBRE ALCOHOL Y TABACO

* Se requiere la obtención de datos para todos los estudios de CP-CTNet.
	+ Los datos se obtendrán al inicio y al final de cada estudio. Los datos también pueden recolectarse en las visitas de seguimiento según lo determine cada protocolo. Si usted desea recopilar información adicional más allá de estos elementos básicos, puede hacerlo. Sin embargo, todos los estudios deben recopilar los elementos básicos de los Formularios Electrónicos de Reporte de Casos (eCRF, acrónimo en inglés) adjuntos.
	+ El personal del centro o el participante completará los eCRFs en el momento de la visita estipulada.
* Los datos se presentarán como parte del conjunto de datos clínicos finales.

## EVALUACIÓN SOBRE ALCOHOL-- INICIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE REGISTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID del PARTICIPANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE VISITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FECHA DE VISITA(MM/DD/AAAA)\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Instrucciones:**

**Para las siguientes preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas, un trago significa una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una onza y media de una bebida destilada (licor).**

**Cuando se solicite un número en la respuesta, introduzca un número entero (por ejemplo, "4") y no un rango o fracción de un número.**

1. En toda su vida, ¿ha tomado al menos 12 tragos de cualquier bebida alcohólica?

[ ]  Sí

[ ]  No **(Final)**

[ ]  Se rehúsa a responder **(Final)**

[ ]  No sabe/No está seguro

1. En los últimos 12 meses, en promedio, ¿con qué frecuencia consumió algún tipo de bebida alcohólica?

\_\_\_\_\_\_\_\_ (Introduzca la cantidad de días en que bebió en función del plazo que se indica a continuación. Ingrese 0 si no bebió nunca y avance a la Pregunta 6.)

[ ]  Semana

[ ]  Mes

[ ]  Año

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. En los últimos 12 meses, en aquellos días en que usted consumió bebidas alcohólicas, en promedio, ¿cuántos tragos bebió por día?

\_\_\_\_\_\_\_\_ (Introduzca la cantidad promedio de tragos al día)

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. En los últimos 12 meses, en cuántos días usted bebió 5 o más tragos de cualquier bebida alcohólica?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Introduzca la cantidad de días en que usted bebió 5 o más tragos o ingrese 0 si es ninguno.)

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. ¿Hubo alguna vez en su vida que bebiera 5 o más tragos de cualquier tipo de bebida alcohólica casi todos los días?

[ ]  Sí

[ ]  No

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. Si no consume actualmente bebidas alcohólicas, pero lo hizo en el pasado, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que bebió regularmente?

[ ]  Durante el mes anterior (0 a 1 mes atrás)

[ ]  Entre 1 y 3 meses (1 a 3 meses atrás)

[ ]  Entre 3 y 6 meses (3 a 6 meses atrás)

[ ]  Entre 6 y 12 meses (6 a 12 meses atrás)

[ ]  Entre 1 y 5 años (1 a 5 años atrás)

[ ]  Entre 5 y 15 años (5 a 15 años atrás)

[ ]  Más de 15 años atrás

[ ]  No sabe/No está seguro

[ ]  Nunca bebió regularmente

1. En el momento de mayor intensidad, ya sea ahora o en el pasado, en los días en los que bebió, ¿cuántos tragos bebió al día, en promedio?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Introduzca la cantidad de tragos al día)

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. ¿Cuántos años ha estado bebiendo (o bebió) de forma regular?

\_\_\_\_\_\_ años

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. ¿A qué edad comenzó a beber regularmente?

\_\_\_\_\_\_ años

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

1. ¿Qué tipo(s) de alcohol bebe usted? (indique TODOS los que correspondan)

[ ]  Vino

[ ]  Bebida destilada (licor)

[ ]  Cerveza

[ ]  Refrescos de vino

[ ]  Otro tipo \_\_\_\_\_\_\_ (introduzca otro(s) tipo(s) de alcohol que usted consuma)

CRF completado por (*marque uno*):

Participante del estudio \_\_\_\_\_

Personal del centro de investigación      \_\_\_\_\_     Nombre del miembro del personal (*opcional*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 *(MM/DD/AAAA)*

## EVALUACIÓN SOBRE ALCOHOL-- SEGUIMIENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE REGISTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID del PARTICIPANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE VISITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FECHA DE VISITA(MM/DD/AAAA)\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Instrucciones:**

**Para las siguientes preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas, un trago significa una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una onza y media de una bebida destilada (licor).**

**Cuando se solicite un número en la respuesta, introduzca un número entero (por ejemplo, "4") y no un rango o fracción de un número.**

1. Durante los últimos 30 días, ¿consumió alguna bebida alcohólica?

[ ]  Sí

[ ]  No **(Final)**

[ ]  Se rehúsa a responder **(Final)**

[ ]  No sabe/No está seguro

2. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días a la semana o al mes tomó alguna bebida alcohólica, en promedio?

\_\_\_\_\_\_\_\_ (Introduzca el número de días en que ha bebido según el periodo que se indica a continuación. Introduzca 0 si no ha bebido.)

[ ]  Semana

[ ]  Mes

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

3. En los días en que bebió, en promedio, alrededor de cuántos tragos consumió?

\_\_\_\_\_\_\_\_ (Introduzca la cantidad promedio de tragos que usted bebió por día.)

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

4. En los últimos 30 días, ¿cuántos días consumió usted 5 o más tragos por día?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ingrese la cantidad de días en que usted consumió 5 o más tragos o ingrese 0 si no consumió.)

[ ]  Se rehúsa a responder

[ ]  No sabe/No está seguro

CRF completado por (*marque uno*):

Participante del estudio \_\_\_\_\_

Personal del centro de investigación      \_\_\_\_\_     Nombre del miembro del personal (*opcional*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 *(MM/DD/AAAA)*

## EVALUACIÓN SOBRE TABACO – INICIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE REGISTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID del PARTICIPANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE VISITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FECHA DE VISITA(MM/DD/AAAA)\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Instrucciones:**

**Cuando se solicite un número en la respuesta, introduzca un número entero (por ejemplo, "4") y no un rango o fracción de un número.**

**Sección A. Información Básica sobre Consumo de Cigarrillos**

1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos (5 paquetes = 100 cigarrillos) en toda su vida?

[ ]  Sí

[ ]  No → **Avanzar a la Sección B**

[ ]  No sabe/No está seguro → **Avanzar a la Sección B**

2. ¿Qué edad tenía usted cuando fumó por primera vez un cigarrillo (incluso si fueron una o dos pitadas)?

\_\_\_\_\_\_\_ Años

3. ¿Qué edad tenía usted cuando comenzó a fumar cigarrillos regularmente?

\_\_\_\_\_\_\_ Años

[ ]  Indique aquí si nunca ha fumado cigarrillos regularmente.

4. ¿Cuántos años ha fumado usted (o si usted fumó) cigarrillos? No cuente el tiempo en que usted pueda haber permanecido sin fumar cigarrillos.

\_\_\_\_\_\_ Años (si usted fumó menos de un año, escriba “1.”)

5. En promedio, cuando ha fumado ¿alrededor de cuántos cigarrillos fuma (o fumó) al día?(Un paquete contiene habitualmente 20 cigarrillos).

\_\_\_\_\_ Número de cigarrillos al día

6. ¿Fuma cigarrillos AHORA?

~~[ ]~~  Todos los días

~~[ ]~~  Algunos días

~~[ ]~~  Para nada → **Avanzar a la pregunta 8**

7. ¿Cuánto tiempo después de despertar fuma usted su primer cigarrillo?

[ ]  Dentro de los 30 minutos

[ ]  Después de 30 minutos

8. ¿ Cuánto hace que usted no fuma un cigarrillo (aunque sea una o dos pitadas)?

*Marque primero cuál de las siguientes opciones se aplica a usted. A continuación, si corresponde, escriba en la línea el número de días, semanas, meses o años que han pasado desde su último cigarrillo.*

[ ]  Hoy fumé un cigarrillo (al menos una pitada)

[ ]  1-7 días → Cantidad de días desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Menos de 1 mes → Cantidad de semanas desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Menos de 1 año → Cantidad de meses desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Más de 1 año → Cantidad de años desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  No sabe/No recuerda

**Sección B. Otras Formas de Consumo de Tabaco**

9. ¿Alguna vez ha usado otras formas de consumo de tabaco, sin incluir cigarrillos?

[ ]  Sí

[ ]  No → **Avanzar a la Sección C**

10. ¿Con qué frecuencia usted usa/usó otras formas de consumir de tabaco?

[ ]  Todos los días → Cantidad de veces al día \_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Algunos días → Cantidad de días \_\_\_\_\_\_\_ por [ ]  Semana[ ]  Mes [ ]  Año

11. ¿Cuáles de los siguientes productos ha usado usted habitualmente?

 ***Marque todo lo que corresponda***

[ ]  Cigarrillos

[ ]  Cigarrillos electrónicos u otros sistemas electrónicos de consumo de nicotina

[ ]  Cigarros tradicionales, cigarrillos o cigarros con filtro

[ ]  Pipas

[ ]  Pipas de agua

[ ]  Narguile

[ ]  Cigarrillos de clavo de olor o cigarrillos indonesios

[ ]  Cigarrillos bidi

[ ]  Tabaco sin humo, mascado, aspirado o administración sub-labial

[ ]  Snus

[ ]  Betel con tabaco, gutka, zarda, tabaco khaini

[ ]  Otros tipos, especificar por favor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Si actualmente usted no consume otras formas de tabaco, pero lo hizo con anterioridad, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que consumió otras formas de tabaco de forma regular?

[ ]  Dentro del último mes (0 a 1 mes atrás)

[ ]  Entre 1 y 3 meses (1 a 3 meses atrás)

[ ]  Entre 3 y 6 meses (3 a 6 meses atrás)

[ ]  Entre 6 y12 meses (6 a 12 meses atrás)

[ ]  Entre 1 y 5 años (1 a 5 años atrás)

[ ]  Entre 5 y15 años (5 a 15 años atrás)

[ ]  Más de 15 años atrás

[ ]  No sabe/No está seguro

[ ]  Nunca consumió tabaco de otra forma de manera regular

**Sección C. Exposición al Humo de Segunda Mano**

13. ¿Actualmente convive con una persona fumadora?

[ ]  Sí

[ ]  No

14. En los últimos 30 días, ¿ha vivido usted en un lugar donde otras personas fumaban cigarrillos en un ambiente interior?

[ ]  Sí

[ ]  No

15. ¿En los últimos 30 días, ha trabajado en un lugar donde otras personas fumaban cigarrillos en un ambiente interior?

[ ]  Sí

[ ]  No

16. ¿Al pensar en todos los años de niñez y vida de adulto, ha vivido usted en un lugar donde otras personas fumaban cigarrillos en ambientes interiores?

[ ]  Sí En total, ¿durante cuántos años? \_\_\_\_\_\_\_ Si es menos de 1, escriba “1.”

[ ]  No

17. ¿Al pensar en todos los años en que ha trabajado, alguna vez ha trabajado en algún lugar donde otras personas fumaban cigarrillos en ambientes interiores?

[ ]  Sí → En total, ¿durante cuántos años? \_\_\_\_\_\_\_ Si es menos de 1, escriba “1.”

[ ]  No

CRF completado por (*marque uno*):

Participante del estudio \_\_\_\_\_

Personal del centro de investigación      \_\_\_\_\_     Nombre del miembro del personal (*opcional*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 *(MM/DD/AAAA)*

## EVALUACIÓN SOBRE TABACO - SEGUIMIENTO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN DE REGISTRO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID del PARTICIPANTE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | TIPO DE VISITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FECHA DE VISITA(MM/DD/AAAA)\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

**Instrucciones:**

**Cuando se solicite un número en la respuesta, introduzca un número entero (por ejemplo, "4") y no un rango o fracción de un número.**

1. ¿Usted fuma cigarrillos AHORA?

[ ]  Todos los días

[ ]  Algunos días

[ ]  Para nada → **Avanzar a la Pregunta 3.**

[ ]  Nunca fumó **→ Avanzar a la Pregunta 4**

2. En promedio y cuando usted fuma, ¿alrededor de cuantos cigarrillos fuma (o fumó) al día? (Un paquete contiene habitualmente 20 cigarrillos).

\_\_\_\_\_ Cantidad de cigarrillos por día

3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó un cigarrillo (incluso una o dos pitadas)?

*Marque primero cuál de las siguientes opciones se aplica a usted. A continuación, si corresponde, escriba un número entero en la línea para indicar cuántos días, semanas, meses o años han pasado desde su último cigarrillo.*

[ ]  Hoy fumé un cigarrillo (al menos una pitada)

[ ]  1-7 días → Cantidad de días desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Menos de 1 mes → Cantidad de semanas desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Menos de 1 año → Cantidad de meses desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Más de 1 año → Cantidad de años desde el último cigarrillo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  No sabe/No recuerda

4. Desde la última visita, ¿ha consumido tabaco de otras formas, sin incluir cigarrillos?

[ ]  *Sí*

[ ]  No (**Final)**

5. ¿Con qué frecuencia usted usa/usó otras formas de consumir tabaco?

[ ]  Todos los días → Cantidad de veces por día \_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Algunos días → Cantidad de días \_\_\_\_\_\_\_ por [ ]  Semana [ ]  Mes [ ]  Año

6. Desde la última visita, ¿cuáles de los siguientes productos ha usado usted habitualmente?

 ***Marque todo lo que corresponda***

[ ]  Cigarrillos

[ ]  Cigarrillos electrónicos u otros sistemas electrónicos de consumo de nicotina

[ ]  Cigarros tradicionales, cigarrillos o cigarros con boquilla

[ ]  Pipas

[ ]  Pipas de agua

[ ]  Narguile

[ ]  Cigarrillos de clavo de olor o cigarrillos indonesios

[ ]  Cigarrillos bidi

[ ]  Tabaco sin humo, mascado, aspirado o administración sub-labial

[ ]  Snus

[ ]  Betel con tabaco, gutka, zarda, tabaco khaini

[ ]  Otros tipos, especificar por favor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Si actualmente usted no consume otras formas de tabaco, pero lo hizo con anterioridad, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que consumió otras formas de tabaco de forma regular?

[ ]  Dentro del último mes (0 a 1 mes atrás)

[ ]  Entre 1 y 3 meses (1 a 3 meses atrás)

[ ]  Entre 3 y 6 meses (3 a 6 meses atrás)

[ ]  Entre 6 y12 meses (6 a 12 meses atrás)

[ ]  Entre 1 y 5 años (1 a 5 años atrás)

[ ]  Entre 5 y15 años (5 a 15 años atrás)

[ ]  Más de 15 años atrás

[ ]  No sabe/No está seguro

[ ]  Nunca consumió tabaco de otra forma de manera regular

Las siguientes instrucciones se refieren a las preguntas 8 a 10. Durante cada uno de los siguientes periodos, indique si fumaba cigarrillos todos los días, algunos días o ninguno.

8. Durante el tratamiento del estudio

[ ]  Fumó todos los días

[ ]  Fumó algunos días

[ ]  No fumó para nada

[ ]  No sabe/no está seguro

[ ]  No corresponde

9. Después de finalizar el tratamiento del estudio

[ ]  Fumó todos los días

[ ]  Fumó algunos días

[ ]  No fumó para nada

[ ]  No sabe/no está seguro

[ ]  No corresponde (No he completado el tratamiento del estudio)

10. Desde la última visita a esta clínica

[ ]  Fumó todos los días

[ ]  Fumó algunos días

[ ]  No fumó para nada

[ ]  No sabe/no está seguro

CRF completado por (*marque uno*):

Participante del estudio \_\_\_\_\_

Personal del centro de investigación      \_\_\_\_\_     Nombre del miembro del personal (*opcional*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 *(MM/DD/AAAA)*

## RECURSOS NACIONALES Y LOCALES DE AYUDA CONTRA EL ABUSO DEL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO

La guía *online* del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, siglas en inglés) **Tratamiento de los problemas de alcohol: Cómo encontrar y obtener ayuda** está dirigida a las personas, y a sus familiares y amigos, que buscan opciones para hacer frente a los problemas con el alcohol. Está pensada como un recurso para entender qué opciones de tratamiento están disponibles y qué hay que tener en cuenta a la hora de elegir entre ellas. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/treatment/treatment.htm>

**Otras fuentes:**

**Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)** [www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov" \t "_blank)  301–443–3860

**Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (National Institute on Drug Abuse)** [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov" \t "_blank) 301–443–1124

**Centro Nacional de Información sobre el Alcohol y las Drogas (National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information)** [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov" \t "_blank)  1–800–729–6686

**Localizador de Centros de Tratamiento para Abuso de Drogas (Substance Abuse Treatment Facility Locator)** [www.findtreatment.samhsa.gov](http://www.findtreatment.samhsa.gov" \t "_blank)  1–800–662–HELP

**Alcohólicos Anónimos (Alcoholics Anonymous [AA])** [www.aa.org](http://www.aa.org)
212–870–3400 or check your local phone directory under “Alcoholism”

**Manejo de la Moderación (Moderation Management)** [www.moderation.org](http://www.moderation.org" \t "_blank)
212–871–0974

**Organizaciones Seculares para la Sobriedad (Secular Organizations for Sobriety)** [www.sossobriety.org](http://www.sossobriety.org" \t "_blank)  323–666–4295

**Recuperación INTELIGENTE (SMART Recovery)** [www.smartrecovery.org](http://www.smartrecovery.org" \t "_blank)
440–951–5357

**Mujeres para la Sobriedad (Women for Sobriety)** [www.womenforsobriety.org](http://www.womenforsobriety.org" \t "_blank)
215–536–8026

**Grupos de Familia Al-Anon (Al-Anon Family Groups)** www.al-anon.alateen.org
1–888–425–2666 para reuniones

**Hijos Adultos de Alcohólicos (Adult Children of Alcoholics)**  [www.adultchildren.org](http://www.adultchildren.org" \t "_blank)
310–534–1815

## RECURSOS NACIONALES Y LOCALES PARA AYUDAR A DEJAR EL HÁBITO DE FUMAR

[Smokefree.gov](http://www.smokefree.gov) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI, siglas en inglés) ofrece herramientas, información y apoyo basados en la ciencia, que han ayudado a los fumadores a dejar de fumar. Encontrará recursos estatales y nacionales, materiales gratuitos y consejos para dejar de fumar del NCI.

Smokefree.gov fue establecido por la [Subdivisión](https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/) de Investigación sobre el Control del Tabaco (Tobacco Control Research Branch) del NCI, uno de los miembros de los Institutos Nacionales de la Salud, en colaboración con los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades y otras organizaciones.

Las publicaciones disponibles del sitio web Smokefree.gov incluyen:

* [Clearing the Air: Quit Smoking Today](http://smokefree.gov/sites/default/files/pdf/clearing-the-air-accessible.pdf) (Aire limpio: deje de fumar hoy) para fumadores interesados en dejar de hacerlo.
* [Clear Horizons](https://smokefree.gov/sites/default/files/pdf/clear-horizons-accessible.pdf) ([Horizontes](https://smokefree.gov/sites/default/files/pdf/clear-horizons-accessible.pdf) claros) para fumadores de más de 50.
* [Staying Smoke-Free for Good](https://smokefree.gov/stay-smokefree-good) ([Dejar](https://smokefree.gov/stay-smokefree-good) de fumar para siempre) para fumadores que han dejado recientemente.
* [Smoke-free](https://women.smokefree.gov/) ([Libre](https://women.smokefree.gov/) de humo) para mujeres, incluidas mujeres embarazadas.
* [Smoke-free](https://women.smokefree.gov/) ([Libre](https://espanol.smokefree.gov/) de humo) información en español
* [Pathways to Freedom: Winning the Fight Against Tobacco](http://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/how_to_quit/pathways/index.htm) (Senderos a la libertad: Ganar la guerra al tabaco) para fumadores afroamericanos.

**Smoking Quitline** del NCI ofrece al **1–877–44U–QUIT (1–877–448–7848)** una amplia gama de servicios, como asesoramiento individualizado, información impresa, derivaciones a otros recursos y mensajes grabados. Los asesores para dejar de fumar están disponibles para responder a las preguntas relacionadas con el tabaquismo en inglés o en español, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Los asesores para dejar de fumar también están disponibles a través de [LiveHelp](https://livehelp.cancer.gov), un servicio de mensajería online instantánea. LiveHelp está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m., hora del este.

Su Estado tiene una línea telefónica quitline gratuita disponible. Llame al **1–800–QUIT–NOW (1–800–784–8669)** para obtener ayuda personalizada para dejar de fumar, estrategias de apoyo y desafío, así como referencias a recursos y programas locales para dejar de fumar. El número de teléfono gratuito remite a las personas que llaman a las líneas estatales de ayuda para dejar de fumar, que proporcionan asistencia gratuita para dejar de fumar e información sobre recursos a todos los consumidores de tabaco de los Estados Unidos. Esta iniciativa fue creada por el [Departamento de Salud](http://www.hhs.gov) y Servicios Humanos. Para conocer más información sobre líneas quitlines, [hable](http://smokefree.gov/talk-to-an-expert) con un experto a través del sitio web Smokefree.gov.