



# INHALA VIDA, TOMA AIRE



XXVII SEMANA SIN HUMO

25-31 DE MAYO DE 2026

Las encuestas deben responderse antes del 28 de abril de 2026, directamente en el formulario online disponible en la web [www.semanasinhumo.es/](http://www.semanasinhumo.es/) (apartado «Encuesta»).

Fecha: \_\_\_\_\_

## 1. Comunidad autónoma

- |                                                 |                                               |                                                     |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Andalucía              | <input type="checkbox"/> Castilla-La Mancha   | <input type="checkbox"/> Comunidad Foral de Navarra |
| <input type="checkbox"/> Aragón                 | <input type="checkbox"/> Catalunya            | <input type="checkbox"/> País Vasco                 |
| <input type="checkbox"/> Principado de Asturias | <input type="checkbox"/> Comunitat Valenciana | <input type="checkbox"/> La Rioja                   |
| <input type="checkbox"/> Illes Balears          | <input type="checkbox"/> Extremadura          | <input type="checkbox"/> Ciudad Autónoma de Ceuta   |
| <input type="checkbox"/> Canarias               | <input type="checkbox"/> Galicia              | <input type="checkbox"/> Ciudad Autónoma de Melilla |
| <input type="checkbox"/> Cantabria              | <input type="checkbox"/> Comunidad de Madrid  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Castilla y León        | <input type="checkbox"/> Región de Murcia     |                                                     |

## 2. Identidad de género

- |                                |                                 |                                     |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> No binario |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|

## 3. Rango de edad

- |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 14-18 años | <input type="checkbox"/> 25-34 años | <input type="checkbox"/> 50-64 años |
| <input type="checkbox"/> 19-24 años | <input type="checkbox"/> 35-49 años | <input type="checkbox"/> ≥ 65 años  |

## 4. ¿Qué medidas apoyas con el fin de reducir el consumo de tabaco y otros productos de nicotina y prevenir el inicio en jóvenes? / (puedes marcar más de una opción)

- |                                                                                            |                                                                                                                                           |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aumento de precio                                                 | <input type="checkbox"/> legios, marquesinas, centros deportivos, parques, playas...)                                                     | <input type="checkbox"/> productos de tabaco                                              |
| <input type="checkbox"/> Regulación de publicidad en redes sociales                        | <input type="checkbox"/> Regulación de los puntos de venta de cigarrillos electrónicos (incluyendo supermercados, quioscos y gasolineras) | <input type="checkbox"/> Eliminación de saborizantes                                      |
| <input type="checkbox"/> Regulación de su uso en cine, series y otros medios audiovisuales | <input type="checkbox"/> Restricción por edad para todos los                                                                              | <input type="checkbox"/> Empaquetado genérico (sin logos ni distinción gráfica de marcas) |
| <input type="checkbox"/> Aumento de espacios sin humo (co-                                 |                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Aumento de las campañas de sensibilización y concienciación      |

## 5. ¿Por qué motivos crees que la gente utiliza los nuevos productos de nicotina (cigarrillos electrónicos o vapores, dispositivos de tabaco calentado, bolsas de nicotina...)? / (puedes marcar más de una opción)

- |                                             |                                                                  |                                               |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dejar de fumar     | <input type="checkbox"/> Disfrute personal                       | <input type="checkbox"/> Compra más accesible |
| <input type="checkbox"/> Sabores atractivos | <input type="checkbox"/> La creencia de que no son perjudiciales | <input type="checkbox"/> Moda                 |
| <input type="checkbox"/> Diseño atractivo   | <input type="checkbox"/> Menos restricciones en su uso           |                                               |
| <input type="checkbox"/> Presión social     |                                                                  |                                               |

6. ¿Cuáles de estos productos crees que son más perjudiciales para la salud? (puedes marcar más de una opción)

- |                                                                  |                                                                             |                                                             |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos ya elaborados               | <input type="checkbox"/> Dispositivo de tabaco calentado (IQOS, GLO, PLOOM) | <input type="checkbox"/> Bolsas de nicotina o pouches, snus |
| <input type="checkbox"/> Tabaco de liar                          | <input type="checkbox"/> Cachimba, pipa de agua o shisha                    | <input type="checkbox"/> No lo sé                           |
| <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico ( <i>vaper</i> ) |                                                                             |                                                             |

7. ¿Consideras que los nuevos dispositivos de consumo (vapers, cigarrillo electrónico...) aumentan la posibilidad de consumir tabaco convencional?

- |                                      |                                      |                                            |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Creo que sí | <input type="checkbox"/> Creo que no | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|

8. ¿Permitirías fumar en las terrazas de bares y restaurantes?

- |                             |                             |                                   |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|

9. ¿Fuma? (se incluyen también los cigarrillos electrónicos u otras formas de consumo de nicotina) / (marca sólo una opción)

- |                                              |                                                  |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, nunca he fumado | <input type="checkbox"/> Sí, fumo ocasionalmente |
| <input type="checkbox"/> No, soy exfumador/a | <input type="checkbox"/> Sí, fumo diariamente    |

10. ¿Qué consumes? (puedes marcar más de una opción)

- |                                                               |                                                                  |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cigarrillos ya elaborados            | <input type="checkbox"/> Pipa tradicional                        | <input type="checkbox"/> Cachimba / pipa de agua / shisha                                   |
| <input type="checkbox"/> Tabaco de liar                       | <input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico ( <i>vaper</i> ) | <input type="checkbox"/> Bolsitas de nicotina- pouches- snus u otras formas de consumo oral |
| <input type="checkbox"/> Tabaco mezclado con cannabis (porro) | <input type="checkbox"/> Dispositivo de tabaco calentado (IQOS™) | <input type="checkbox"/> Ningún tipo de consumo                                             |
| <input type="checkbox"/> Puros                                |                                                                  |                                                                                             |

11. ¿Has hecho algún intento de abandonar el tabaco?

- |                                                                    |                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No, nunca lo he intentado                 | <input type="checkbox"/> Sí, pero he vuelto a recaer después del año |
| <input type="checkbox"/> Sí, pero he vuelto a recaer antes del año | <input type="checkbox"/> Sí, y no he vuelto a consumir tabaco        |

12. Si has conseguido dejar de fumar en algún momento, ¿qué método has utilizado? (puedes marcar más de una opción)

- |                                                                  |                                                                                      |                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lo he dejado sin ningún tipo de apoyo   | <input type="checkbox"/> He recibido apoyo en una Unidad Especializada de Tabaquismo | <input type="checkbox"/> He recibido apoyo de otro profesional sanitario (farmacéutico, psicólogo, dentista...) |
| <input type="checkbox"/> He recibido apoyo en mi Centro de Salud | <input type="checkbox"/> Otros                                                       |                                                                                                                 |

13. ¿En algún intento de dejar de fumar has utilizado tratamiento farmacológico financiado?

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|